ПАТО-ПСИХОЛОГИЯ

ХРЕСТОМАТИЯ

УДК 616.89
П 20

Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. — М.: Изд-во УРАО, 1998. — 224 с.
П 20
ISBN 5-204-00145-X

Хрестоматия содержит основной материал, необходимый для знакомства студентов с патопсихологией: отрывки из работ известного отечественного психолога Блюмы Вульфовны Зейгарник, огромной заслугой которой является разработка основных направлений развития патопсихологии в нашей стране, а также некоторые работы ее сотрудников и учеников, представляющие, на наш взгляд, определенный интерес для начинающих патопсихологов.

УДК 616.89

Составитель Н.Л. Белопольская,
д-р психол. наук

*Рекомендовано
редакционно-издательским
советом УРАО*

Художник Л.Л. Михалевский

Редактор *Л.А. Ануфриева*
Корректор *Н.А. Саморезова*
Оригинал-макет подготовила *И.А. Пеннер*

Изд. лицензия № 021079 от 28.10.96.
Изд. № 1321. Сдано в набор 01.09.97. Подписано в печать 22.01.98.
Формат 60×90/16. Печать офсетная. Бумага офсетная. Гарнитура Antiqua.
Уч.-изд. л. 13,8. Усл. печ. л. 14,0. Тираж 5000 экз.

Издательство УРАО
Москва, Б. Полянка, 58

Отпечатано с оригинал-макета в ППП «Типография «Наука»
121099, Москва, Шубинский пер., 6. Заказ № 3155

ISBN 5-204-00145-X

ПРЕДИСЛОВИЕ

Патопсихология — отрасль психологии, имеющая важное значение для развития психологической науки в целом, а также и самостоятельное практическое применение. Патопсихология непосредственно связана не только с другими разделами психологии, но и с другими науками. Так, понимание течения различных психических процессов нельзя представить без знаний возможных их нарушений. Механизмы психической деятельности, зачастую скрытые от исследователя при нормальном протекании и развитии, могут быть исследованы и проанализированы при их нарушении. Изучение психической патологии всегда давало богатый материал для понимания психологами закономерностей развития психики. Не случайно многие известные отечественные психологи — Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Д.Б. Эльконин, А.В. Запорожец и др. — отдали определенную дань работе с патологией. На Западе — З. Фрейд, Э. Эриксон, М. Мантессори и многие другие.

Патопсихология тесно связана с возрастной психологией, так как в определенные возрастные периоды, а также в кризисном возрасте возможно возникновение или обострение психопатологических проявлений. Так, существуют психические заболевания, характерные для подросткового и юношеского возраста, для старческого возраста и др. Патопсихология связана и с судебной психологией, поскольку среди правонарушителей имеется определенный процент людей, страдающих теми или иными психическими заболеваниями или отклонениями.

Детская психология имеет связь с детской патопсихологией, изучающей нарушения психического развития в детском возрасте.

Патопсихология — пограничная область между психологией и психиатрией, ее цели часто перекликаются с проблемами дефектологии, нейропсихологии, психофизиологии.

Патопсихология имеет большое практическое значение, так как располагает собственными методами для диагностики нарушенного психического развития. Ее роль достаточно велика, когда речь идет о неуточненном диагнозе, о пограничных состояниях или о профилактике развития психического заболевания.

Патопсихологи занимаются и психологической коррекцией отклонений и аномалий психического развития.

Знания по патопсихологии являются достаточно важными для психологов любых специализаций, так как профессиональное общение психолога с людьми не исключает встречу и с психически больным человеком. За довольно банальным обращением в психологическую консультацию может стоять какая-то важная проблема. Конфликт среди сотрудников также может быть связан с определенными психическими особенностями одного из них. Учет всех этих и многих других вариантов делает работу психолога профессионально более грамотной, а значит, и более продуктивной. Имея знания по патопсихологии, начинающий психолог скорее сможет понять рамки своей компетенции.

Как правило, у начинающих психологов при знакомстве с патопсихологией возникает вопрос о том, что же является нормой, то есть нормальным психическим развитием. Вторым является вопрос о критериях, позволяющих различать нормальное и патологическое состояние или развитие. Действительно, эти вопросы чрезвычайно важны и актуальны не только для начинающих психологов, но и для патопсихологов с солидным стажем работы.

Все дело в том, что в теоретическом отношении понятие психической нормы достаточно расплывчато и относительно. Вообще категория "нормальности" психики человека исследована недостаточно и не имеет строгих критериев. С одной стороны, это связано с существованием большого количества индивидуальных различий в психике человека, которые обусловлены как биологическими, так и социокультурными факторами развития. С другой стороны, человек чаще становится объектом наблюдения, исследования и лечения именно тогда, когда его поведение или какие-то иные особенности начинают обращать на себя внимание окружающих, мешают им или ему самому. На основании чего же делаются выводы о ненормальности человека?

В патопсихологии в определении нормы и психического здоровья обычно придерживаются положения Всемирной организации здравоохранения, где оно сформулировано следующим образом: "...не только отсутствие болезней, но состояние физического, социального и психического благополучия".

Патопсихология часто пользуется теми же терминами, что и психиатрия, и в принципе это правильно, так как было бы весьма неудобным введение параллельного ряда терминов — психиатрических и психологических. Однако в психологической диагностике нарушений развития критерии и методы исследования должны быть собственными. Уже давно доказано, что патопсихологическое

исследование дает важный диагностический материал, позволяющий врачу уточнить или подтвердить первичный диагноз.

Особое значение патопсихологическое исследование имеет в работе психолога с людьми с так называемой пограничной патологией. Человеку бывает очень нелегко сразу обратиться к психиатру, тогда как при посещении психолога он не испытывает такого барьера. Не менее важно бывает распознать возникновение психического заболевания на ранних стадиях, когда возможно более эффективное вмешательство в плане психологической коррекции или психотерапии.

При обсуждении понятия нормального психического развития у студентов, как правило, возникают вопросы о том, что такое одаренность, гениальность. Нормальное это явление или нет? То есть высокий уровень способностей, одаренность — тоже отклонение, но как бы в другую сторону?

Кроме того, всем известно, что среди талантливых писателей, художников, артистов, ученых были и есть люди с отклонениями в психике. Как тогда оценивать их? Как относиться к людям, имеющим какие-либо уникальные способности?

Прежде всего хочется сказать, что жизнь известных людей раньше или позже становится объектом внимания, а иногда даже и объектом специального изучения или исследования. Поэтому мы располагаем большей информацией о жизни известных артистов, писателей, художников и т.д., чем, например, о жизни людей в соседних домах, особенно если речь идет о большом городе. На самом деле психическими расстройствами страдают самые разные люди.

Патопсихолог должен обладать достаточно высокими моральными качествами, чтобы не спешить с постановкой диагноза, а тем более с сообщением о своих подозрениях больному или его родственникам. Надо помнить о том, что на основании одного ответа или даже выполненного теста нельзя поставить диагноз о наличии патологии. Психолог должен быть убежден, что инструкции, которые он давал, были правильно поняты, а мотивация к выполнению задания соответствовала ситуации. Несмотря на то что сейчас в психологической диагностике применяется большое количество тестов, вывод о наличии психической патологии может быть сделан психологом только совместно с врачом на основе качественного анализа психической деятельности пациента.

Проводя длительные наблюдения за людьми, страдающими различными психическими заболеваниями, нам удалось выделить некоторые психологические критерии, которые помогают различить нормальное и аномальное состояние. Опираясь на них нельзя, конечно, поставить диагноз и сделать вывод о наличии определенного

психического заболевания (психолог этого и не должен делать, подменяя собой врача), однако можно ставить вопрос об отклонении от нормы.

Первым из этих критериев назовем *неадекватность*, которая может проявляться в эмоциональных реакциях, поступках, поведении в целом, речевых высказываниях, мимике и жестах и т.д.

Так, например, у человека может быть сильнейшая эмоциональная реакция, но если причина, вызвавшая ее, понятна, объяснима, она может быть и адекватной. Сама форма выражения этой реакции тоже может быть более или менее адекватна общепринятым нормам морали или просто поведения, что также служит диагностическим критерием состояния человека. Например, несправедливо обиженный человек перестает разговаривать с обидчиком (реакция адекватна). Юноша устраивает скандал матери по поводу того, что сваренные макароны не той длины, которую он любит (случай из консультативной практики; в семье считали, что у сына просто трудный характер). Другой пример неадекватного поступка. Чтобы прослыть героем, подросток устраивает пожар в собственной квартире, из которой он "успевает" вывести маленького брата.

Второй критерий — *критичность*, которая может быть снижена или вовсе отсутствовать у человека по отношению к своим поступкам, к своему физическому и психическому состоянию, своему поведению, высказываниям, результатам своей деятельности и т.д. Критичность может выражаться и в раскаянии в том, что сделано, и в понимании, что действие или реакция были неправильными, неадекватными, и в способности слушать и воспринимать мнение людей, говорящих, например, о возможном наличии болезни или о необходимости измениться или показаться врачу. Часто на ранних стадиях заболевания критичность еще сохраняется. Человека волнуют и пугают отдельные симптомы, он пытается с ними справиться или разобраться. По мере развития заболевания критичность снижается, а иногда и утрачивается. Больные могут с уверенностью говорить абсурдные вещи, не видеть ничего особенного в своем, например, агрессивном поведении, не воспринимают ничьих доводов. Ярким примером этого являются больные с дисморфобией (страхом перед своей внешностью), которые не могут согласиться с мнением специалистов о том, что их внешность вполне привлекательна. Другой пример. Больная с бредом преследования утверждала, что за ней наблюдают круглосуточно через прибор, установленный в Институте красоты.

Третий критерий — *непродуктивность* деятельности. В этом случае человек не нацелен на конечный результат своей деятельности. Ему интересен только сам процесс (целыми днями рисует картины, но никому их не показывает, теряет). Сама деятельность

не имеет смысла, и результат, продукт никому, иногда даже самому больному, не интересен и не нужен. Возможен и такой вариант непродуктивности, когда конкретная деятельность подменяется разговорами, планированием, обещаниями, но далее разговоров дело не идет. При этом всегда находятся причины, оправдания, позволяющие отложить реальные действия. Например, двадцатилетняя девушка в течение двух лет ежедневно подробно рассказывала матери (вечером, когда та усталая приходила с работы) о том, как она пойдет учиться, начнет работать и их жизнь наладится. Все это время она находилась на иждивении своей матери, которая была на инвалидности. Каждый вечер она как бы принимала определенное решение, но наутро просто оставалась в постели, изобретая новые причины и откладывая поиск работы на следующий день.

По результатам наших исследований, наличие одного из перечисленных критериев может служить основой для профессионального наблюдения за человеком и возможного предупреждения развития психического заболевания.

Наличие двух, а тем более трех особенностей свидетельствует о необходимости проведения экспериментального патопсихологического исследования и рекомендации консультации врача.

С этих позиций становится более понятной психологическая оценка состояния тех людей, которые, имея некоторые психические особенности или отклонения, остаются, например, продуктивны в своем творчестве. Их деятельность кому-то кажется непродуктивной, но они ищут решение сложной задачи. Их поведение не всегда адекватно с общепринятой точки зрения, но результат деятельности ошеломляет.

Таким образом, предложенные критерии могут служить первым ориентиром для психолога в различении нормального поведения и развития или нарушений и отклонений в психике человека.

Традиционно патопсихологическое исследование начинается с *беседы*, во время которой психолог составляет первое впечатление о пациенте: внешний вид, опрятность, манера держаться, речь, отношение к психологическому исследованию, образовательный и культурный уровень и т.д. Все это сопоставляется с жалобами пациента (если они есть) или с целью исследования (если консультация проходит в клинике), или с тем и другим. Одновременно вырабатывается план *экспериментального патопсихологического исследования*, подбираются методики и тесты, соответствующие основной задаче исследования. После проведения экспериментального исследования проводится *заключительная беседа*, цель которой — создание у пациента положительного отношения к исследованию, объяснение ему той части его проблем и особенностей, которую пациент способен воспринять в данный момент.

На основании полученных данных патопсихолог составляет *заключение*, в котором описывает основные результаты своего исследования и обосновывает выводы о наличии психической патологии. Если отклонений в психике пациента не обнаружено, то заключение может быть достаточно кратким, но также обоснованным.

Как видно из содержания хрестоматии, большинство разделов являются отрывками из работ Блюмы Вульфовны Зейгарник, а остальные — работами ее учеников. Нам очень хочется, чтобы студенты-психологи, которым адресована эта хрестоматия, имели представление об авторе этих материалов — о прекрасном специалисте, блестящем ученом и редком чудесном человеке. Поэтому позволю себе дать небольшую справку с собственным комментарием.

Блюма Вульфовна Зейгарник (1900—1988) — доктор психологических наук, профессор, основатель отечественной патопсихологии. Ею были разработаны теоретические основы патопсихологии, описана патология психических процессов, сформулированы важные принципы работы патопсихолога.

Блюме Вульфовне, ученице Курта Левина, принадлежит известное исследование по проблеме запоминания завершенных и незавершенных действий, получившее впоследствии название "эффекта или феномена Зейгарник". Его суть состоит в том, что незаконченные действия запоминаются человеком гораздо лучше, чем законченные.

Много лет Б.В. Зейгарник заведовала лабораторией экспериментальной патопсихологии в больнице им. П.Б. Ганнушкина. Ею был накоплен огромный экспериментальный материал, который лег в основу ее книг по патопсихологии. Блюма Вульфовна всегда сочетала научную и практическую работу, разрабатывая проблемы патопсихологии на основе идей Л.С. Выготского и деятельностного подхода в психологии.

Б.В. Зейгарник вместе с А.Р. Лурией много лет возглавляла кафедру нейро- и патопсихологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова. Среди ее учеников такие известные психологи, как Ю.Ф. Поляков, Е.Т. Соколова, А.С. Спиваковская. Б.С. Братусь, А.Д. Кошелева и многие другие.

Хочется сказать несколько слов о необыкновенной личности Блюмы Вульфовны. Она была необычайно доброй, скромной, с потрясающим чувством юмора и одновременно очень мужественной. Очень маленького роста, хрупкая на вид, Блюма Вульфовна пользовалась огромным уважением и у сотрудников, и у пациентов. Она умела вызвать доверие и симпатию даже у тяжело психически больных.

Надеюсь, что предлагаемая хрестоматия поможет студентам-психологам сориентироваться в основных вопросах патопсихологии и вызовет интерес к более глубокому изучению этого предмета.

Н.Л. Белопольская

Раздел I
ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Б.В. Зейгарник

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР*

История экспериментальной патопсихологии связана с развитием психиатрии и неврологии. Когда в конце XIX в. психология стала постепенно утрачивать характер умозрительной науки, в ее исследования проникли методы естествознания.

Экспериментальные методы В. Вундта и его учеников проникают и в область психиатрических клиник (клиника психиатрии Крепелина); в это же время экспериментально-психологические лаборатории открываются и в психиатрических клиниках России — лаборатория В.М. Бехтерева в Казани (1885) и лаборатория в клинике С.С. Корсакова (1886).

В 20-х годах нашего столетия появляются работы по медицинской психологии известных зарубежных психиатров: "Медицинская психология" Э. Кречмера, трактующая проблемы распада и развития с неприемлемых для нас позиций конституционализма, и "Медицинская психология" П. Жанэ, в которой автор останавливается на проблемах психотерапии.

Развитие отечественной патопсихологии отличалось наличием прочных естественнонаучных традиций. Еще И.М. Сеченов придавал большое значение сближению психологии и психиатрии. В своем письме к М.А. Боковой в 1876 г. он указывал, что приступает к созданию медицинской психологии, которую он называл своей "лебединой песней". Он писал о психологии, что "наука эта, очевидно, становится основой психиатрии, все равно, как физиология лежит в основе патологии тела".

Первая клиническая экспериментально-психологическая лаборатория в России была открыта, как мы писали выше, В.М. Бехтеревым в 1885 г. в Казани, которая была потом переведена в Петер-

---

* См.: *Зейгарник Б.В.* Основы патопсихологии. М., 1973.

бург. Такие лаборатории были открыты при психоневрологических клиниках в Харькове, Юрьеве и других городах. Авторами первых экспериментальных исследований, выполняемых в этих лабораториях, являются М.К. Валицкая, В.П. Воротынский, Л.С. Краинский, П.В. Заборский, В.Ф. Чиж и др. Направление работ психологических лабораторий в психиатрических клиниках противостояло идеалистическому руслу психологической науки того времени.

Особенно большое количество экспериментально-психологических исследований было проведено в клинике душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии под руководством В.М. Бехтерева. Работы его сотрудников и учеников были посвящены экспериментальному исследованию внимания и умственной работоспособности при разных душевных болезнях.

В.М. Бехтерев подчеркивал, что экспериментальное изучение больных необходимо для дополнения и углубления клинических наблюдений, и совместно с С.Д. Владычко разработал ряд принципиальных указаний и конкретных методических приемов объективно-психологического исследования душевнобольных. Количество методик, применявшихся в школе В.М. Бехтерева для исследования душевнобольных, было очень велико. Наибольшее применение среди них получили словесный ассоциативный эксперимент, методика определения и сравнения понятий, корректурная проба, счетные задачи для учета динамики работоспособности больных и т.п.

В.М. Бехтерев считал обязательным требование, чтобы методы, применяющиеся в клинике, были предварительно испытаны на большом количестве психически здоровых лиц различного образования и возраста. Поэтому почти во всех экспериментальных работах бехтеревской школы исследованию подвергались сравнительно однородные по образованию группы здоровых и душевнобольных. Так, в работах Л.С. Павловской проводилось сравнение свободных ассоциаций, суждений и умозаключений здоровых и страдающих паралитическим слабоумием. Другой ученик В.М. Бехтерева Л.С. Гутман проводил сравнение особенностей ассоциативного процесса устойчивости внимания кривых интеллектуальной работоспособности здоровых и душевнобольных в разных фазах маниакально-меланхолического психоза.

Видную роль в определении направления русской экспериментальной психологии сыграл ученик В.М. Бехтерева А.Ф. Лазурский.

По убеждению А.Ф. Лазурского, психология должна так же, как и естественные науки, все свои выводы основывать на изучении конкретных фактов. Созданная А.Ф. Лазурским психологическая лаборатория в Психоневрологическом институте, основанном В.М. Бехтеревым, превратилась в один из важнейших центров русской научной психологии.

В экспериментально-методической области А.Ф. Лазурский был новатором: он раздвинул границы эксперимента в психологии, применяя его в обычных условиях повседневной жизни, и сделал предметом экспериментального исследования конкретные формы деятельности и сложные проявления личности.

В предисловии к книге А.Ф. Лазурского "Психология общая и экспериментальная" Л.С. Выготский писал, что А.Ф. Лазурский относится к тем исследователям, которые были на пути превращения психологии эмпирической в научную.

А.Ф. Лазурский предложил систему экспериментальных приемов, которые были названы "естественным экспериментом". Метод "естественного эксперимента" занимает как бы промежуточное место между наблюдением и экспериментом. Вначале эти приемы применялись к детям, а потом были перенесены в психиатрическую клинику.

Существенным условием "естественного эксперимента", отличающим его от лабораторного, является то, что испытуемый не должен подозревать, что над ним проводятся опыты. Благодаря этому отпадает преднамеренность ответов, которая мешает определению индивидуальности при условии лабораторного эксперимента.

При естественном эксперименте, как и во всяком эксперименте, можно поставить испытуемого в известные, заранее изученные условия, которые вызовут тот или иной процесс, ту или иную реакцию с его стороны. Вот эта возможность по произволу вызывать психические процессы и направлять их в ту или другую сторону и представляет большой шаг вперед по сравнению с простым наблюдением.

В исследовании методом естественного эксперимента воздействию подвергаются условия, в которых протекает исследуемая деятельность, сама же деятельность испытуемого наблюдается в ее естественном протекании. Например, предварительно устанавливается, в какой игре особенно ярко проявляется та или другая черта характера ребенка. Затем в целях исследования проявления черты у различных детей последние вовлекаются в подобную игру. Во время игры исследователь наблюдал за проявлением именно этой черты характера у детей. Путь исследования шел от простого наблюдения — через выделение характерных сторон и индивидуальных проявлений, через их психологический анализ — к созданию экспериментальной ситуации — экспериментального урока или игры.

Вторым центром, в котором развивалась клиническая психология, была психиатрическая клиника С.С. Корсакова в Москве. В этой клинике была организована с 1886 г. вторая в России психологическая лаборатория, которой заведовал А.А. Токарский.

Как и все представители прогрессивных направлений в психиатрии, С.С. Корсаков придерживался того мнения, что знание основ

психологической науки дает возможность правильного понимания распада психической деятельности душевнобольного человека; не случайно он начинал чтение курса психиатрии с изложения основ психологии. Подобных традиций придерживались и последователи С.С. Корсакова — В.П. Сербский, А.Н. Бернштейн и др.

В работах, вышедших из клиники С.С. Корсакова, содержатся положения, вносящие ценный вклад в теорию психологической науки. Работы С.С. Корсакова "К психологии микроцефалии", "Медико-психологические исследования одной формы нарушений памяти", работа сотрудника С.С. Корсакова А.А. Токарского "О глупости" содержат в себе интересный анализ структуры слабоумия, они подводят к мысли о том, что нарушения интеллектуальной деятельности больных не сводятся к распаду отдельных способностей, а что речь идет о сложных формах нарушений всей целенаправленной мыслительной деятельности.

Интерес к экспериментальной психологии проявляется и в том, что ряд заседаний Московского общества психиатров были посвящены ознакомлению с методами психологического исследования.

В 1911 г. вышла книга А.Н. Бернштейна, посвященная описанию методик экспериментально-психологического исследования; в том же году Ф.Г. Рыбаков издал свой "Атлас психологического исследования личности". Таким образом, в канун Великой Октябрьской социалистической революции начала формироваться в России психологическая область знания — экспериментальная патопсихология.

Следует подчеркнуть большое содружество ведущих психиатров и невропатологов того времени с психологами. Многие из них, например С.С. Корсаков, В.М. Бехтерев, В.П. Сербский, Г.И. Россолимо, А.Н. Бернштейн, В.А. Гиляровский, были сами проводниками передовых идей психологии своего времени и содействовали развитию психологии и в научно-организационном направлении. Они начинали свои лекции с основ психологической науки, были членами психологических научных обществ, редакторами психологических журналов и т.п.

Интересно отметить, что в дальнейшем именно на психоневрологических съездах прозвучали первые доклады советских психологов-материалистов, выступавших за построение марксистской психологии. На II съезде психоневрологов в Ленинграде выступил Л.С. Выготский с докладом "Современная психология и марксизм".

Это содружество определило во многом характер психологических лабораторий и пути их дальнейшего развития. Тесная связь с клинической практикой и тенденция теоретически осмыслить добываемые факты избавляли патопсихологию уже в то время от голого эмпиризма и спекулятивных построений, которые характерны и сейчас для патопсихологии многих зарубежных стран.

Развитие патопсихологии после Великой Октябрьской социалистической революции шло в русле общего развития психологии как науки, строящейся на фундаменте марксистско-ленинской философии. Борьба с идеализмом отразилась и на исследованиях в области патопсихологии. Это проявилось в стремлении анализировать патологические состояния с материалистических позиций, в стремлении развивать и совершенствовать объективные методы исследования.

Большую роль в становлении патопсихологии как определенной области знаний сыграли идеи выдающегося советского психолога Л.С. Выготского, которые были в дальнейшем развиты в общей психологии его учениками и сотрудниками А.Н. Леонтьевым, А.Р. Лурией, П.Я. Гальпериным, Л.И. Божович, А.В. Запорожцем, а именно: 1) мозг человека располагает иными принципами организации функции, нежели мозг животного; 2) развитие высших психических функций не предопределено одной лишь морфологической структурой мозга; психические процессы не возникают в результате одного лишь созревания мозговых структур, они формируются прижизненно в результате обучения и воспитания и присвоения опыта человечества; 3) поражения одних и тех же зон коры имеют разное значение на разных этапах психического развития. Эти положения во многом определили путь патопсихологических и нейропсихологических исследований. Психические функции являются, по выражению А.Р. Лурия, сформированными по генезу и опосредованными по структуре.

Сам Л.С. Выготский положил своими экспериментальными исследованиями начало изучению распада мышления.

Следует отметить, что Л.С. Выготский использовал данные патопсихологических исследований для построения своей теории о высших психических функциях и в своей принципиальной дискуссии с К. Левиным.

Интенсивные экспериментально-психологические исследования проводились в ленинградском Институте мозга им. В.М. Бехтерева на протяжении нескольких десятилетий под руководством В.Н. Мясищева. Следуя традиции В.М. Бехтерева, В.Н. Мясищев стремился к сочетанию психиатрии и психологии и внедрению объективных методов исследования больных в психиатрические клиники. Были разработаны методики объективной регистрации эмоциональных компонентов психической деятельности человека (в качестве объективного показателя использовалась электрокожная характеристика человека (ЭКХ), регистрируемая с помощью гальванометра).

Ряд работ, выполненных в отделе психологии ленинградского Института мозга, были посвящены анализу строения трудовой деятельности больных, изучению влияния отношения больных к труду на их трудоспособность. На основании этих исследований В.Н. Мясищев выдвинул положение о том, что нарушение трудоспособно-

сти следует рассматривать как основное проявление душевной болезни человека и что показатель трудоспособности служит одним из критериев психического состояния больного. Работы ленинградской школы патопсихологов этого периода не утратили до сих пор своего актуального значения как по содержанию, так и по экспериментальным методикам.

В эти же годы был проведен ряд крупных исследований в психологической лаборатории Центрального научно-исследовательского института экспертизы трудоспособности, созданного впервые в мире в СССР.

Из этой лаборатории вышли работы, посвященные особенностям интеллектуальной деятельности больных, перенесших травмы головного мозга, характеристике психической деятельности и трудоспособности больных эпилепсией и шизофренией.

Значение этого цикла работ выходит за пределы их узкоэкспертного применения. Анализируя нарушения трудоспособности, сотрудники ЦИЭТИНа уделяли много внимания исследованию разных форм психической активности (В.М. Коган, Э.А. Коробкова).

В годы Великой Отечественной войны патопсихологи включились в восстановительную работу в нейрохирургических госпиталях. Предметом патопсихологических исследований становятся нарушения психической деятельности, вызванные травмами головного мозга, и их восстановление.

Одной из ведущих проблем в области патопсихологии является проблема распада познавательной деятельности. Работа в этой области ведется в разных направлениях: исследуются изменения личностного компонента в структуре расстройств познавательных процессов (лаборатория московского Института психиатрии и лаборатория патопсихологии факультета психологии МГУ), разрабатывается вопрос о связи нарушений познавательных процессов с процессом актуализации знаний (лаборатория Института психиатрии Академии медицинских наук).

Другая линия исследований направлена на психологический анализ наблюдаемых в психиатрической клинике нарушений личности.

Изменяя психическую деятельность человека, болезнь приводит к различным формам патологии личностных особенностей. В психиатрической литературе имеются исключительные по яркости и правдивости описания нарушений личности, характерных для различных заболеваний и состояний. Однако анализ этих нарушений проводится в основном в терминах житейской либо устаревшей эмпирической психологии. Поэтому анализ личностных сдвигов в понятиях современной материалистической психологии является в настоящее время одной из наиболее перспективных задач. Эти исследования нужны не только психологической практике, они полезны и для разрешения теоретических вопросов психологии личности.

Б.В. Зейгарник

ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ*

Проблема метода в науке не проста. С одной стороны, применяемые методы исследования зависят от уровня развития науки, от тех принципиальных положений, теоретических, методологических установок, на которых данная область знаний базируется. С другой стороны, само развитие той или иной области знания зависит в известной мере от применяемых методов исследования. Особенно сложным становится вопрос о выборе методов, когда последние касаются решения практических задач, в том числе и задач клиники. Выбор экспериментальных приемов зависит от той задачи, которую ставит перед ним клиника (дифференциально-диагностическая, психокоррекционная, экспертная и др.).

Патопсихологическое исследование включает в себя ряд компонентов: эксперимент, беседу с больным, наблюдение, анализ истории жизни заболевшего человека (которая представляет собой профессионально написанную врачом историю болезни), сопоставление экспериментальных данных с историей жизни. Чрезвычайно важно (хотя в силу объективных обстоятельств это не всегда возможно) проводить исследование *в динамике*, т.е. через год—два.

Остановимся на *принципах построения патопсихологического эксперимента.*

Долгое время в клиниках господствовал метод количественного измерения психических процессов, который основывался на принципах функциональной психологии. Экспериментальное исследование психических процессов сводилось к установлению лишь его количественной характеристики, точнее, к измерению отдельных психических способностей.

Принцип количественного измерения врожденных способностей был положен в основу психологических методов исследования в психиатрических и неврологических клиниках. Исследование распада какой-нибудь функции состояло в установлении степени количественного отклонения от ее "нормального стандарта".

Метод количественного измерения остается до настоящего времени ведущим в работе многих психологов за рубежом, работающих в области психиатрии. В многочисленных публикациях за последние годы, монографиях и статьях, посвященных эксперимен-

* См.: Практикум по патопсихологии. М., 1987.

тально-психологическому исследованию больных, приводятся методы тестовых исследований вплоть до вычисления *IQ*.

При исследовании больных методами, направленными на измерение функций, не могут быть учтены ни особенности умственной деятельности, ни качественная сторона нарушения, ни возможности компенсации, анализ которых столь необходим при разрешении клинических задач, особенно психокоррекционных.

Путем измерения выявляются лишь конечные результаты работы, сам же ее процесс, отношение испытуемого к заданию, мотивы, побудившие его избрать тот или иной способ действия, личностные установки, желания — словом, все многообразие качественных особенностей деятельности испытуемого — не могут быть обнаружены.

Поэтому патопсихологический эксперимент направлен не на исследование и измерение отдельных процессов, а на исследование человека, совершающего реальную деятельность. Он направлен на качественный анализ различных форм распада психики, на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности ее восстановления. Если речь идет о нарушении познавательных процессов, то экспериментальные приемы должны показать, как распадаются мыслительные операции больного, сформированные в процессе его жизнедеятельности, в какой форме искажается возможность пользования системой старых, образовавшихся в прежнем опыте связей. Исходя из того что всякий психический процесс обладает известной динамикой и направленностью, следует так построить экспериментальные исследования, чтобы они отражали сохранность или нарушение этих параметров. Результаты эксперимента должны дать не столько количественную, сколько качественную характеристику распада психики.

Разумеется, что экспериментальные данные должны быть надежны, что статистическая обработка материала должна быть использована там, где поставленная задача этого требует и допускает, но количественный анализ не должен ни заменить, ни оттеснить качественную характеристику экспериментальных данных.

Важно не только то, какой трудности или какого объема задание больной осмыслил или выполнил, но и то, *как* он осмыслял, *чем* были обусловлены его ошибки и затруднения. Именно анализ ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, представляет собой интересный и показательный материал для оценки того или иного нарушения психической деятельности больных.

Один и тот же патопсихологический симптом может быть обусловлен различными механизмами, он может явиться индикатором различных состояний. Так, например, нарушения опосредованной памяти или нестойкость суждений могут возникнуть вследствие

нарушений умственной работоспособности больного (как это имеет место при астениях разного органического генеза), они могут быть обусловлены нарушением целенаправленности (например, при поражении лобных отделов мозга и при некоторых формах и вариантах течения шизофрении), они могут быть проявлением дезавтоматизации действий (при сосудистых заболеваниях мозга, эпилепсии).

Характер нарушений не является патогномоничным, т.е. специфическим, для того или иного заболевания или формы его течения; он является лишь типичным для них и должен быть оценен в комплексе с данными целостного психологического исследования.

Психологическое исследование в клинике может быть приравнено к "функциональной пробе" — методу, широко используемому в медицинской практике и состоящему в испытании деятельности какого-нибудь органа. В ситуации психологического эксперимента роль "функциональной пробы" могут играть те экспериментальные задачи, которые актуализируют умственные операции, которыми пользуется человек в своей жизнедеятельности, его мотивы, побуждающие эту деятельность.

Важно подчеркнуть тот момент, что психологический эксперимент должен актуализировать не только умственные операции больного, но и его личностное отношение. Еще в 1936 г. В.Н. Мясищев выдвинул эту проблему в своей статье "Работоспособность и болезни личности". Он указывает, что психологическое явление может быть понято на основе учета отношения человека к работе, его мотивов и целей, отношения к самому себе, требований к себе, к результату работы и т.д. Такой подход к психопатологическим проявлениям требует, как об этом говорит В.Н. Мясищев, знания и изучения психологии личности.

Этот подход диктуется и правильным пониманием детерминации психической деятельности. Говоря о механизмах детерминации психического, С.Л. Рубинштейн подчеркивал, что внешние условия не определяют непосредственно поведение и поступки человека, что причина действует "*через внутренние условия*". Это означает, что суждения, действия, поступки человека не являются непосредственной реакцией на внешние раздражители, инструкцию, содержание задания, а что они опосредуются его установками, мотивами, потребностями. Эти установки складываются *прижизненно* под влиянием воспитания и обучения, но, сформировавшись, они сами определяют действия и поступки человека, здорового и больного.

Отношения человека связаны со структурой личности человека, с его потребностями, с эмоциональными и волевыми особенностями. Несмотря на то что последние рассматриваются психологией как процессы, они, по существу, являются включенными в струк-

туру личности. В потребностях человека, материальных и духовных, выражается его связь с окружающим миром, людьми. Оценивая человека, мы прежде всего характеризуем круг его интересов, содержание его потребностей. Мы судим о человеке по мотивам его поступков, по тому, к каким явлениям жизни он равнодушен, по тому, чему он радуется, на что направлены его мысли и желания.

О патологическом изменении личности мы говорим тогда, когда под влиянием болезни у человека скудеют интересы, мельчают потребности, когда у него проявляется равнодушное отношение к тому, что его раньше волновало, когда действия его лишаются целенаправленности, поступки становятся бездумными, когда человек перестает регулировать свое поведение, не в состоянии адекватно оценивать свои возможности, когда меняется его отношение к себе и окружающему. Такое измененное отношение является индикатором измененной личности.

Это измененное отношение приводит не только к ослаблению работоспособности больного, к ухудшению умственной продукции, но и само может участвовать в построении психопатологического синдрома. Так, при исследовании больных артериосклерозом головного мозга отмечено, что чрезмерная фиксация на своих ошибках нередко приводила больных к преувеличенным опосредованным действиям, которые снижали умственную продукцию больных, и к чрезмерным коррекционным приемам, нарушавшим их зрительно-моторную координацию. Иными словами, отношение больного к ситуации, к себе является предметом исследования и должно быть отражено в построении эксперимента.

Патопсихологический эксперимент является, по существу, взаимной деятельностью, взаимным общением экспериментатора и испытуемого. Поэтому его построение не может быть жестким. Как бы жестка ни была инструкция, часто один жест или взгляд экспериментатора, его мимика могут изменить ситуацию эксперимента, отношение больного, а это означает, что и его действия могут измениться неосознаваемо для самого испытуемого. Иными словами, ситуация патопсихологического эксперимента — это отрезок реальной жизни, именно поэтому данные патопсихологического исследования могут быть использованы при решении вопросов реальной конкретной жизни, вопросов, касающихся судьбы реальных людей; это вопросы, правильное решение которых оздоровляет, а иногда и охраняет наше общество (например, участие в психолого-психиатрической, судебной, воинской и трудовой экспертизах).

Особое значение приобретают описанные характеристики патопсихологического эксперимента при рекомендации психокоррекционных мероприятий.

Следует остановиться еще на одной особенности патопсихологического эксперимента. Его строение должно дать возможность обнаружить не только структуру измененных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности больного. Необходимость такого подхода особенно важна при решении вопросов восстановления нарушенных функций.

Для того чтобы психологический эксперимент мог выявить сохранные звенья измененной психической деятельности больного, он должен быть направлен не только на обнаружение результативной стороны деятельности больных, не только на анализ окончательной продукции. Построение экспериментальных приемов должно предоставить возможность учитывать поиски решений больного. Более того, строение психологического эксперимента должно дать возможность экспериментатору вмешаться в "стратегию" эксперимента, чтобы обнаружить, как больной воспринимает "помощь" экспериментатора, может ли он ею воспользоваться.

Необходимо отметить еще раз особенности, которые отличают эксперимент в клинике от эксперимента, направленного на решение вопросов общепсихологического порядка.

Основное отличие заключается в том, что мы не всегда можем предвидеть своеобразие отношения больного к опыту, зависящее от его болезненного состояния. Наличие бредового отношения, возбуждения или заторможенности — все это заставляет экспериментатора иначе строить опыт, иногда менять его на ходу.

При всех индивидуальных различиях здоровые испытуемые стараются выполнить инструкцию, "принимают" задание, между тем как психически больные иногда не только не стараются выполнить задание, но и превратно толкуют опыт или активно противостоят инструкции. Например, если при проведении ассоциативного эксперимента со здоровым человеком экспериментатор предупреждает, что будут названы слова, в произношение которых он должен вслушаться, то здоровый испытуемый активно направляет свое внимание на произносимые экспериментатором *слова*. При проведении же этого эксперимента с негативистичным больным часто возникает противоположный эффект: экспериментатор вынужден проводить эксперимент как бы "обходным путем", произнося слова как бы невзначай и регистрируя реакции больного. Нередко приходится экспериментировать с больным, который бредовым образом интерпретирует ситуацию опыта: например, считает, что экспериментатор действует на него "гипнозом", какими-то "лучами". Естественно, что такое отношение больного к эксперименту сказывается в способах выполнения задания: он часто выполняет просьбу экспериментатора умышленно неправильно, отсрочивает ответы и

др. В подобных случаях построение эксперимента также должно быть изменено.

Построение экспериментально-психологического исследования в клинике отличается от обычного психологического эксперимента еще одной особенностью: многообразием, большим количеством применяемых методик. Объясняется это следующим. Процесс распада психики не происходит однослойно. Практически не бывает так, чтобы у одного больного нарушались только процессы синтеза и анализа, а у другого — страдала бы исключительно целенаправленность личности. При выполнении любого экспериментального задания можно в известной мере судить о различных формах психических нарушений. Однако, несмотря на это, не каждый методический прием позволяет с одинаковой очевидностью, четкостью и достоверностью судить о той или иной форме или степени нарушения.

Очень часто изменение инструкции, какой-нибудь экспериментальный нюанс меняют характер показаний эксперимента. Например, если в опыте на запоминание и воспроизведение слов экспериментатор подчеркивает значимость своей оценки, то результаты этого эксперимента будут более показательны для оценки процесса запоминания. А так как в ситуации эксперимента с больным человеком все течение опыта по необходимости часто меняется (хотя бы потому, что меняется состояние больного), сопоставление результатов различных вариантов эксперимента становится обязательным. Такое сопоставление необходимо еще и по другим основаниям. Выполняя то или иное задание, больной не только правильно или ошибочно его решает: решение задания часто вызывает осознание своего дефекта, поэтому больные стремятся найти возможность компенсировать его, найти опорные пункты для исправления дефекта. Разные задания представляют различные возможности для этого. Часто бывает так, что больной правильно решает более трудные задания и не в состоянии решить более легкие. Разобраться в природе такого явления возможно только при сопоставлении результатов различных заданий.

Следует отметить, что нарушение психической деятельности больного бывает часто нестойким. При улучшении состояния больного некоторые особенности его мыслительной деятельности исчезают, другие остаются резистентными. При этом характер обнаруживаемых нарушений может изменяться в зависимости от особенностей самого экспериментального приема; сопоставление результатов различных вариантов какого-нибудь метода, при этом многократно применяемого, дает право судить о характере, качестве, динамике нарушений мышления больного. Поэтому тот факт, что при исследовании распада психики часто приходится не ограничиваться

одним каким-нибудь методом, а применять комплекс методических приемов, имеет свой смысл и свое обоснование.

Принципы обучающего эксперимента, в котором учитываются реакция больного на подсказки, возможность регламентации подсказок, применимы и при исследовании взрослых психически больных.

Следует учесть еще одну особенность патопсихологического исследования. Дело в том, что само психологическое, да и любое исследование в условиях психоневрологического учреждения неминуемо означает для больного ситуацию некой "экспертизы". Поэтому психологу приходится в своем заключении оперировать системой понятий, характеризующих личность больного в целом (его мотивы, целенаправленность, самооценка и др.). Однако это не исключает отказа от характеристики отдельных процессов. Но эта характеристика углубляется анализом общего состояния больного.

Очень важен вопрос интерпретации полученных данных, в основе которой лежит та или иная теоретическая концепция. Например, больной обнаруживает плохую память: это можно интерпретировать как результат сосудистых заболеваний, но это может быть и проявлением снижения мотивационной активности, как это наблюдается у больных шизофренией. Интерпретация же проводится на основании системного анализа.

Важно, не сколько раз больной ошибался, а как он отнесся к оценке экспериментатора, критически ли оценил поправку, поощрение или порицание экспериментатора. Поэтому нередко анализ оказывается продуктивным для интерпретации состояния больного.

Психологов, работающих с больными, часто упрекают в том, что их методики не всегда стандартизированы, что они субъективны. В связи с этим хочется вспомнить слова Л.С. Выготского: "Чрезмерная боязнь так называемых субъективных моментов в толковании и попытки получить результаты наших исследований чисто механическим, арифметическим путем, как это имеет место в системе Бине, являются ложными. Без субъективной обработки, т.е. без мышления, без интерпретации, расшифровки результатов, обсуждения данных, нет научного исследования".

Сказанное не должно быть понято как отрицание статистической выверенности результатов эксперимента. Для многих вопросов прикладной психологии это необходимо. Речь идет о том, что при решении практических задач клиники, таких, как трудовая или судебная экспертиза, как решение, в какой школе должен учиться данный ребенок с аномальным развитием, исследование психолога должно носить индивидуальный характер.

Резюмируя, можно сказать, что предъявленный испытуемому реальный отрезок деятельности, реплики экспериментатора вызы-

вают столь же реальное переживание, определенное эмоциональное состояние испытуемого. Иными словами, психологическое исследование обнажает реальный пласт жизни больного.

Поэтому программа исследования больного в психиатрической практике не может быть принципиально единообразной, стандартной, она зависит от клинической задачи (научной или практической). Например, при необходимости дифференциально-диагностического отграничения шизофрении от шизофреноподобных картин при органических заболеваниях ЦНС основное внимание будет уделено выявлению особенностей расстройств мышления (методом "классификации предметов", пиктограммы, сравнения понятий), с одной стороны, а также характеристике работоспособности (пробы "на совмещение", "отыскивание чисел" и др.) — с другой.

Совсем другие методы являются адекватными при отграничении сосудистой деменции от деменции при болезнях Пика, Альцгеймера, т.е. атрофических процессах. В этих случаях применяются пробы, выявляющие нарушения навыков письма, счета, праксиса, нейропсихологические методики.

Беседа психолога с больным. Мы уже говорили о том, что психологическое исследование включает и беседу с больным, которую часто называют "направленной", "клинической". Проще ее назвать "беседа с испытуемым", в данном случае — с больным испытуемым.

Беседа состоит из двух частей. *Первая часть* — это беседа в узком смысле этого слова, когда экспериментатор разговаривает с больным, не проводя еще никаких экспериментов, т.е. беседа осуществляется *до экспериментальной работы* с больным и *после* эксперимента.

Вторая часть беседы — это беседа *во время эксперимента.* Эксперимент, как мы отмечали, всегда предполагает общение с больным. Оно может быть вербальным, т.е. экспериментатор что-то говорит испытуемому, указывает, подсказывает, хвалит или, наоборот, порицает. Но эта "беседа" может быть и в невербальном плане: своей мимикой экспериментатор показывает больному, хорошо или плохо он делает. Экспериментатор может пожать плечами или нахмурить брови, удивленно посмотреть, улыбнуться, т.е. в зависимости от обстоятельств (это тоже вид общения).

Остановимся на тех вопросах, которые касаются беседы в более узком плане. Прежде всего, беседа не может быть проведена "вообще". Она всегда зависит от поставленной задачи. Задача ставится большей частью лечащим врачом. Врач просит посмотреть экспериментально такого-то больного, ему не ясен диагноз. Или,

наоборот, этот больной находится в стационаре для прохождения экспертизы: трудовой, воинской, судебной. Или врач хочет знать, каково влияние психофармакологических средств, которые принимает данный больной? В этих случаях он ставит перед психологом определенную практическую задачу. Соответственно этой задаче проводится эксперимент, т.е. психолог выбирает стратегию своих действий и беседы в зависимости от поставленной задачи. *Это первое*. Но нередки случаи, когда врач (если это еще не опытный врач) не ставит перед психологом конкретную задачу. Порой врач просит психолога посмотреть именно этого "очень сложного больного". Задача не поставлена, и психологу в этом случае следует особенно тщательно изучить историю болезни, чтобы понять, какая перед ним стоит задача. Но для этого надо уметь читать историю болезни, иметь необходимые знания в области клиники. Поэтому студентам, которые специализируются по медицинской психологии, читают курсы лекций по психиатрии, неврологии, клинической психотерапии.

Прочтя историю болезни, психолог решает, для чего нужно "проводить эксперимент", "узкую беседу". Следует подчеркнуть, что прежде всего в ней не должны повторяться вопросы врача, т.е. не следует задавать такие вопросы, которые ставил врач и которые уже отражены в истории болезни. Психолог не должен собирать анамнез, он есть в истории болезни. Если же в данной истории болезни этого нет, то следует вместе с лечащим врачом собрать анамнез.

Не следует начинать свою беседу с больным с вопросов: бывает ли у него бред, есть ли галлюцинации? Если во время беседы он сам заговорит об этом, то тогда следует об этом с ним поговорить.

Второе. Необходимо очень тонко подойти к вопросу о его состоянии. Если больной депрессивен, и это известно из истории болезни, тоже не следует начинать разговор о его депрессии, надо начинать разговор издалека, например спросить: как он себя сегодня чувствует? Не трудно ли будет ему сегодня поработать, потому что вы хотите проверить его память?

И если больной или больная отвечают: "Мне всегда плохо, мне не до того, мне не хочется этого делать, мне вообще ничего не хочется", тогда можно спросить, как бы продолжая их мысль: "А что, вы всегда ничего не делаете? А как вы проводите время? Что вы делаете?" И тогда больной понемногу начнет раскрываться перед вами. Не следует спрашивать его, когда у него худшее настроение: утром или вечером? Это обязан спрашивать врач. Психолог должен это делать только "окольным" путем. Но самое главное, надо знать и всегда помнить, для чего послан к психологу данный больной-испытуемый. Это касается не только больного человека, это касается и бесед, которые психолог проводит с нормальным, здоровым человеком для исследования, например, логических способностей.

Далее, всегда в своей беседе психолог должен учитывать отношение больного к ситуации эксперимента, к экспериментатору. Необходимо знать преморбидные особенности больного, т.е. те особенности, которые были свойственны данному человеку до его заболевания (сведения опять-таки из истории болезни, а не от больного). Другое дело, когда перед психологом стоит какая-нибудь научная задача и он должен в рамках этой научной проблематики беседовать с родителями больного, сослуживцами, когда это возможно. Но это уже другой вопрос, сейчас речь идет о беседе в условиях практической работы психологов. Очень часто больной понимает, что то исследование, которое будет проводиться, имеет отношение к постановке диагноза, к смене лекарств, к вопросу о выписке. И конечно, больному обязательно надо постараться внушить, что проводимая с ним работа — это очень серьезное и важное дело. Нужно объяснить больному, что это один из частных моментов его пребывания в клинике, что ему это не повредит, т.е. всячески показать в беседе, что то, о чем будет идти речь, важно для его судьбы.

Иногда больной приходит к психологу очень хмурый, недовольный. И тогда надо спросить примерно так: "Как вы себя сегодня чувствуете? Что-то вы бледны немного, не болит ли у вас голова?" И больной может вам в ответ рассказать, что дело не в том, что болит голова, а в том, что у него плохое настроение. Здесь-то и может произойти завязка разговора. Такая беседа очень важна для анализа самооценки больного, его самоконтроля, для понимания его критичности.

Например, из истории болезни выяснилось, что этот больной занимал в прошлом высокое положение, руководил другими людьми или был известным актером, а сейчас общается (это отмечено в истории болезни) только со слабоумными алкоголиками, другими слабоумными больными. И тогда *не следует* его спрашивать: "Почему вы общаетесь с этими алкоголиками?" А следует спросить совсем иначе: "Вас не тяготит пребывание в больнице? Как вы себя чувствуете в отделении? Много ли людей в вашей палате? Они вас не беспокоят?" Здесь интересен ответ. Иногда больной отвечает: "Нет, что вы. Наоборот, вот здесь-то я и нашел своих лучших друзей" (и называет вам имена слабоумных алкоголиков). И вы не удивляетесь: "Ну, а почему вам именно с ними интересно общаться?" В зависимости от его ответа, должен быть поставлен и ваш вопрос. Иногда вы можете спросить у него: "Скажите, пожалуйста (и назовите определенного больного), мне кажется, он интересный человек? Вы с ним никогда не разговаривали?" И вы увидите, что он ответит. В этом ответе явно выступит критичность по отношению к больным, которая в определенной степени характеризует состояние этого больного в данном аспекте.

У больного надо спросить: читает ли он, что читает, приносят ли ему из дома книги, какие? Здесь можно завязать разговор о том, почему он любит такого-то автора? Или можно завязать с ним разговор о театре. Здесь выяснится, сниженным ли стало его представление. Или, наоборот, в профессиональном плане он остался на высоте, хотя в отделении общался только с больными-алкоголиками и сам болен хроническим алкоголизмом.

Иногда из истории болезни можно видеть очень непонятную даже для врача картину. Приведу в пример одного больного. Этот больной был высококультурным человеком с гуманитарным образованием, с ним можно было прекрасно поговорить об искусстве, живописи. Но в то же время его поведение отличалось отсутствием самоконтроля, что выражалось в аморальных поступках. И тогда именно *беседа* навела на мысль о том, что поставленный диагноз не верен. Предполагалось, что это прогрессивный паралитик, так как нарушены критичность и самоконтроль. Но беседа психолога позволила врачу предположить, что в данном случае — диагноз "шизофрения", что впоследствии и подтвердилось данными исследования его познавательной деятельности. Результаты эксперимента выявили и чрезвычайную скудость его эмоций, обеднение смыслообразующих мотивов.

Но самое главное, и беседа, и эксперимент должны содержать элементы деонтологии. Например, если больной плохо решает задачи (допустим, что беседа происходит в конце эксперимента), то вы должны с ним побеседовать и ободрить, сказав, что "вы сделали такие-то и такие-то ошибки. Но в общем их у вас было не очень много", или что больной "плохо решал задачу, но все-таки довел ее до конца, использовав подсказку, и это естественно. Так бывает и у здоровых людей". Элементы психотерапевтического отношения всегда должны присутствовать. Но это не сеанс истинной психотерапии, где существуют особые приемы, и это не должно превратиться в соболезнование.

Когда проводить беседу с больным: в начале лечения ли в конце? Нет рецептов. С соматическими больными легче разговаривать после операции. А вот с психически больными и *до* и *после* лечения. Если психологу необходимо помочь врачу установить диагноз, тогда лучше проводить ее до эксперимента; если же больной послан с целью экспертизы, то надо проводить беседу и до и после, потому что очень часто этот момент экспертизы исчезает во время эксперимента, и вы можете потом в беседе учесть это.

Случается, что больной старается получить перевод на инвалидность, и здесь проявляется момент диссимуляции. Так, не решив задачу, говорит: "Вот видите, видите, я все-таки не решил, я все-

таки не смог этого сделать". Здесь вы как экспериментатор сохраняете молчание, не уговариваете продолжать решение и потом, как бы невзначай, предлагаете ему очень интересную задачу. Больной вдруг увлекается и прекрасно ее решает. Тогда в самом конце эксперимента вы проводите беседу и говорите примерно так: "Вот видите, было действительно трудно, это правильно, у вас немного снижен объем памяти, но это не так уж плохо. Ведь сложную задачу, которую большинство плохо решало, вы решили, значит, вы молодец. Вам, вероятно, надо собраться, немножко полечиться, и, конечно, врачи помогут вам в этом". Такая беседа тоже носит в данном случае не психотерапевтический, а *коррекционный* характер, она изменяет *установку* больного.

В беседе — и это главное — необходимо убедить больного в том, что дело не только во враче и не только в лекарствах, но и в нем самом: своим поведением, своим отношением, выполнением того, что от него требуется, он содействует своему излечению.

Перейдем ко *второй части* беседы — беседы во время эксперимента, или общению с больным во время эксперимента.

Эксперимент всегда является до некоторой степени "экспертизой", и не только для больного человека. Даже если здоровый человек участвует в качестве испытуемого в ситуации, где исследуются восприятие, скорость реакции, нюанс "экспертизы" существует. Здоровый человек тоже не знает, какие цели у экспериментатора. Справился он с задачей или не справился? Вот этот момент очень важно учесть. Экспериментатор всегда беседует с больным, если, например, решается задача Выготского—Сахарова или Дункера и больной открыл вам неправильную фигурку, можно ему сказать: "Нет, это не совсем так. Сравните открытую фигурку с образцом". И вы должны записать (это касается и здорового человека), что́ *ответил* больной на ваше *замечание*, на вашу *подсказку*. Бывает, что испытуемый не обращает внимания на то, что вы ему говорите. Тогда его можно остановить: "Видите, я вам подсказал, почему вы не обратили на это никакого внимания? Ведь я об этом не зря сказал, это очень интересно!" И здесь очень важен ответ больного — один скажет: "простите, я был невнимателен", а другой ответит: "а я хочу по-своему решать", и все это необходимо зафиксировать. Но бывают больные с большим самомнением, которые хотят показать себя особенно ярко. Если экспериментатор подсказывает, испытуемый должен вслушиваться в то, что ему говорят. Это тоже есть момент исследования, момент общения с больным. Иногда наблюдаются больные-психопаты, которые очень бурно реагируют на то, что вы в эксперименте подаете ему игрушки: "Что за кубики вы мне даете? Это все ерунда! Разве это может что-нибудь

показать?" Вы отвечаете: "Нет, это не игрушки". И здесь психолог должен дать убедительный ответ о серьезности и важности задач, решаемых с помощью данного инструментария, и т.д. Иногда необходимо снизить чрезмерную самоуверенность больного. Это можно сделать с помощью мимики, жестов. Поведение экспериментатора зависит от поведения испытуемого и от конкретной дифференциально-диагностической задачи относительно данного испытуемого. Здесь возможны варианты: и подбадривание, и похвала, и, наоборот, критика.

Реакция больного на *подсказки* экспериментатора, на его *мимику* — все должно быть отражено в *протоколе* исследования. Затем все это сопоставляется, если речь идет о больном человеке, с теми данными, которые уже есть в *истории болезни*, и с теми данными, которые получены с помощью *эксперимента*. Именно *комплексный характер исследования* поможет изменить или установить правильный диагноз и назначить правильное лечение.

Наблюдение. Выше мы говорили, что экспериментальное патопсихологическое исследование включает и *наблюдение* за больным, его поведением, мимикой. Наблюдение при этом не должно носить навязчивого характера. Следует обратить внимание на то, как больной реагирует на замечания экспериментатора, на неудачное или удачное выполнение задания, доволен ли он своим успехом или относится к нему равнодушно. Особенно важно отметить, критически ли он относится к допускаемым ошибкам, контролирует ли он свои действия.

Наблюдение в патопсихологическом исследовании является не отдельным, а дополняющим экспериментальным приемом; оно включено в структуру самого эксперимента. Экспериментатор и испытуемый являются связанными общением в ситуации эксперимента как реального пласта жизни. Поэтому и наблюдение, и беседа включены в эту реальную структуру.

В.В. Николаева, Е.Т. Соколова

РЕКОМЕНДАЦИИ К СОСТАВЛЕНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ*

Подобно тому как не может быть стандартного построения исследования, стереотипного набора методик, не может быть и стандарта в составлении заключений. Каждое заключение составляется психологом с учетом поставленного клиникой перед психологом

---

* См.: Практикум по патопсихологии. М., 1987.

вопроса. "Оно не может быть понято и не должно рассматриваться вне этого клинического вопроса, вне истории болезни и задачи исследования".

Могут быть даны некоторые рекомендации относительно общей схемы подобных заключений, содержание же их не поддается строгой унификации.

В начале заключения кратко описываются жалобы больного, но не вообще жалобы на здоровье в целом, а лишь жалобы на состояние *умственной работоспособности, памяти, внимания*. Это ограничение продиктовано целым рядом причин. Прежде всего, психолог не должен выходить за рамки своей профессиональной компетенции, подменять лечащего врача, вмешиваться в тактику его работы с больным. Соблазнительное желание дополнить, расширить собственно клинические данные может быть тактично реализовано в ходе исследования. Но вносить эти сведения в психологическое заключение нет необходимости. И о них надо сообщить лечащему врачу в личной беседе с ним.

Следующую часть заключения составляет описание того, как работал больной в ситуации психологического исследования: понимал ли смысл исследования, старательно или неохотно выполнял задания, проявлял ли интерес к успеху своей работы, мог ли критически оценить качество своих достижений. Все эти данные могут быть описаны как подробно, так и кратко; в любом случае они составляют важную часть заключения, позволяют судить о личности больного. Эту часть заключения можно дополнить результатами исследования с помощью проектных методов или материалами специально организованной направленной беседы с больным.

Следующая часть заключения должна содержать сведения о характере познавательной деятельности больного. Желательно при этом начинать подробную характеристику с описания центрального нарушения, которое выявлено у больного в ходе исследования. Требуется показать также, в комплексе каких нарушений выступает это *ведущее нарушение*, т.е. следует вести описание не по методикам исследования и не по психическим процессам, а необходимо описать *психологический синдром* нарушений психической деятельности. В этой же части заключения описываются *сохранные стороны психической деятельности* больного. Последнее необходимо для решения вопросов трудоустройства больного, а также рекомендаций родственникам в отношении больного. При характеристике познавательной деятельности больного может возникнуть необходимость в иллюстрации отдельных положений выписками из протоколов исследования. Такие примеры приводить нужно, но только в краткой формулировке; следует приводить лишь наиболее

яркие выписки из протокола, не вызывающие сомнений в квалификации нарушения. При обилии примеров или их недостаточной яркости можно исказить или затушевать основную мысль заключения, сделать его расплывчатым по содержанию, а в ряде случаев ввести в заблуждение лечащего врача.

В конце заключения дается *резюме*, отражающее наиболее важные данные, полученные при исследовании. Эти данные должны выражать структуру основного психологического синдрома, выявившегося при исследовании. Резюме может содержать данные о диагнозе заболевания, но опосредованно, через описание структуры нарушений, выявленных в эксперименте.

Приведем несколько примеров заключений, чтобы показать зависимость их содержания от конкретной клинической задачи*.

1. Больной Л., 38 лет, инженер-конструктор, поступил в больницу им. П.Б. Ганнушкина для обследования и лечения. Предполагаемый диагноз: шизофрения.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной охотно рассказывает о себе. Многословен. Жалоб не высказывает. Отмечает лишь, что "память слабовата".

Понимает цель исследования. С готовностью приступает к работе. Критикует содержание предлагаемых заданий, отмечает "ошибки" в построении методик. Приступая к работе, заранее уверен в правильности своих решений. После похвалы экспериментатора прекращает работу и начинает подробно рассказывать о своих способностях, о своем "выдающемся" уме и т.д. Отрицательную оценку экспериментатора игнорирует (при этом отсутствует самолюбивая эмоциональная реакция на неуспех).

Быстро и легко усваивает инструкции. В ряде случаев приступает к работе, не дослушав инструкцию до конца. Способен самостоятельно избрать правильный способ работы. Быстро переключается на новый вид работы в новых условиях. Общий темп работы достаточно высок.

Уровень доступных обобщений и абстрагирования вполне соответствует полученному образованию. Легко оперирует обобщающими категориями. Тем не менее допускает значительное количество ошибочных решений, имеющих полиморфную структуру. Это, прежде всего, ошибки суждений, связанных с нарушением целенаправленности мыслительной деятельности, а также нарушения операционального звена мыслительной деятельности (по типу искажения процесса обобщений, тенденции к использованию латентных признаков). Последнее тесно связано с нарушением критичности и мотивации деятельности, вследствие чего больной действует в соответ-

---

* В качестве примеров взяты заключения, любезно предоставленные авторам патопсихологами Московской городской психиатрической больницы им. П.Б. Ганнушкина: кандидатом психологических наук С.В. Лонгиновой (примеры 2, 3, 6, 7, 8), Т.Л. Лебедевой (примеры 1, 4), М.В. Самойловой (пример 5).

ствии со своими парадоксальными искаженными мотивами и установками. Например, сравнивая понятия "луна" и "волк" (и отдавая себе отчет в том, что это несравнимые понятия), отмечает, что они различаются "по подчинению": "Луна делает то, что солнце прикажет, а волк — то, что сам захочет". Считает также сравнимыми понятия "очки" и "деньги". Отмечает при этом: "Деньги есть эквивалент труда, и очки есть материальная ценность. Чтобы иметь и то и другое, надо поработать. Понятия сравнимы, так как выручают человека. А различие между ними в том, что очки у нас есть постоянно, а деньги все время меняются — то их больше, то меньше".

Эмоциональные и мотивационные нарушения деятельности влекут за собой трудности в выборе решения из нескольких возможных вариантов. При этом он прибегает к многословным резонерским рассуждениям. Например, при выполнении пиктограммы для запоминания понятия "счастье" рисует столб и мяч: "Любил я очень яблоки есть. Счастлив был, когда вдоволь их ел. Яблоко надо рисовать, в них есть витамины, они укрепляют здоровье, а чем человек здоровее, тем он счастливее... Или лучше, конечно, другое — игра в мяч... Кто выиграл, тот и счастлив, хотя это тоже както мелковато. Можно, конечно, вспомнить и получение диплома, но мне лично диплом счастья не принес... Самое, конечно, счастье было бы избавиться от болезни, но если я нарисую человека, то как изобразить, что у него припадок... Счастье было бы, если бы жила моя мама, я бы и болезней не знал никаких... Нет у меня счастья... Оставлю счастье как выигрыш в какой-нибудь игре, оставлю мяч".

В ходе длительного исследования больной не устает.

Таким образом, на фоне грубой некритичности и эмоциональной неадекватности больного выявляются выраженные нарушения мыслительной деятельности (динамические — нарушения целенаправленности, операциональные — искажение процесса обобщения, мотивационные — разноплановость суждения, резонерство).

Окончательный клинический диагноз: шизофрения.

2. Больной А., 26 лет, военнослужащий, поступил в больницу им. П.Б. Ганнушкина для прохождения экспертизы. Предполагаемый диагноз: шизофрения или органическое поражение ЦНС травматического генеза.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной во время исследования приветлив, спокоен. Поведение адекватно ситуации. Правильно понимает цель экспериментальной работы. Охотно делится своими переживаниями. С должным интересом и серьезностью относится к оценке результатов. Имеется адекватная эмоциональная реакция на успех и неудачи в работе. Всегда активно стремится исправить ошибки, добиться правильного решения. Жалуется на повышенную утомляемость даже после непродолжительных нагрузок.

Задания выполняет быстро и легко. Мыслительные операции (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование) сохранны. Уровень доступных обобщений достаточно высок.

Вместе с тем обращают на себя внимание некоторая обстоятельность суждений, склонность к излишней детализации рисунков и ассоциаций в пиктограмме. Склонен употреблять слова с уменьшительными суффиксами.

Отмечаются элементы утомляемости, которые выражаются в появлении ошибок внимания.

Таким образом, во время исследования выявляется интеллектуальная, эмоциональная сохранность больного, критическое отношение как к своему состоянию, так и к процессу исследования в целом. Вместе с тем следует отметить некоторую обстоятельность суждений и элементы утомляемости (особенно при продолжительной интеллектуальной нагрузке). Каких-либо нарушений (по шизофреническому типу) выявить не удалось.

Данное заключение помогло клиницистам исключить диагноз шизофрения.

3. Больной Т., 16 лет, ученик 9 класса, направлен в больницу им. П.Б. Ганнушкина для прохождения экспертизы. Дифференциальный диагноз: остаточные явления органического поражения ЦНС с эписиндромом или шизофрения.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной жалоб не предъявляет. В беседе вял, формален. Выполняет предложенные задания без должного интереса. Не обнаруживает эмоциональной реакции на успех и неуспех в работе.

Легко и быстро усваивает инструкции. Больному доступны все мыслительные операции. Уровень обобщения достаточно высок.

Вместе с тем при выполнении экспериментальных заданий наблюдаются такие периоды, когда больной как бы "перестает думать" (сидит молча, прекратив выполнение задания). Требуется вмешательство экспериментатора, чтобы вернуть его к прерванной деятельности.

Наблюдаются также нечеткие расплывчатые суждения, периодически возникают искажения логики суждений (по типу соскальзываний).

Исследование *не обнаруживает* обстоятельности суждений или склонности к конкретно-ситуационным решениям. Память и внимание в пределах нормы. Утомляемость не отмечается.

Таким образом, при исследовании выявляются редко возникающие, слабо выраженные нарушения мышления (по типу соскальзываний).

Данное заключение было использовано клиницистом для постановки диагноза шизофрения.

4. Больной А., 28 лет, по специальности техник. Диагноз: органическое поражение ЦНС неясного генеза (?), опухоль мозга (?).

Больной вял, пассивен на протяжении всего исследования. Речь монотонная, голос немодулирован. Задаваемые вопросы понимает медленно, с трудом. Ответы не всегда в плане поставленного вопроса. Жалобы носят расплывчатый характер: "Что-то происходит с головой, а вот что... это... как-то..."

Инструкции к заданиям понимает с большим трудом, более сложные инструкции вообще недоступны больному. Усвоение правил работы возможно только при искусственном расчленении действия на более простые операции.

Интеллектуальные возможности больного резко снижены. Ему недоступно большинство предложенных заданий. Суждения носят конкретно-ситуационный характер. Процесс опосредования недоступен вследствие

грубого снижения операций обобщения и абстрагирования, а также из-за нарушения целенаправленности мышления. Отмечаются инертные "застревания" больного на отдельных действиях, трудности переключения на новые действия.

При проведении локальных проб: а) затруднено повторение ритмических структур, как звуковых, так и графических; затруднения в начертании букв при письме; нарушение слитности букв при письме; б) выявляются нарушения конструктивной деятельности; отношений "под", "над"; почти полная утеря способности к воспроизведению фигур по образцу; затруднения при ориентировании в схеме числа, при выполнении простых счетных операций; в) выявились грубые нарушения зрительно-моторной координации (больше слева); г) наблюдается снижение памяти. Непосредственное воспроизведение материала — 6, 6, 5, 7 слов из 10. Отсроченное воспроизведение подменяется множественными контаминациями.

Нарушена ориентировка во времени, частично — в пространстве.

Наблюдается резкая истощаемость больного, носящая пароксизмальный, так называемый пульсирующий характер. Степень утомления столь велика, что можно говорить о колебаниях тонуса сознания. (Во время выполнения задания больной может задремать.)

Особо следует отметить значительное снижение критичности больного как к своему состоянию, так и к результатам исследования в целом.

Таким образом, исследование выявило грубое снижение интеллектуальных возможностей больного, резкое снижение активности и критичности, грубые комплексные нарушения памяти в сочетании с выраженными колебаниями тонуса сознания. Кроме того, отмечается целый комплекс нарушений психических функций.

Больной после целого ряда клинических исследований (с учетом патопсихологических исследований) был переведен в Институт нейрохирургии с диагнозом опухоль мозга.

5. Больная Б., 39 лет, поступила в больницу им. П.Б. Ганнушкина для прохождения трудовой экспертизы.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больная охотно вступает в беседу. Добросовестно выполняет все задания, живо интересуется оценкой своей работы. Огорчается при указании на ошибки.

Инструкции усваивает. Однако если увеличить латентный период между предъявлением инструкции и началом работы (например, до 5 минут и более), то больная забывает инструкцию. При просьбе воспроизвести инструкцию повторяет ее с искажением. Если же выполнение задания следует сразу вслед за предъявлением инструкции, больная удерживает в памяти заданный способ работы.

Обнаруживаются резкие колебания умственной работоспособности. После небольшой по объему интеллектуальной нагрузки выявляются признаки выраженной истощаемости.

Выявляется снижение памяти. Кривая запоминаемости — 5, 6, 8, 8, 8 слов из 10, а через час — всего 2 слова.

Наблюдаются также псевдореминисценции и конфабуляции. Объем внимания сужен, отмечается колебание внимания.

Таким образом, ослабление памяти и внимания сочетается с выраженной утомляемостью больной, значительными колебаниями умственной работоспособности.

6. Больной Н., 25 лет, студент, поступил в больницу им. П.Б. Ганнушкина на обследование. Предположительный диагноз: шизофрения.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной жалоб не высказывает. На вопросы отвечает расплывчато. В ходе исследования наблюдается иногда неадекватная улыбка, иногда — неадекватный ситуации смех. Стационирование в больницу называет недоразумением, ошибкой. Себя считает психически здоровым. При обследовании самооценки все показатели резко завышены, что свидетельствует о нарушении критичности. Например, относит себя к числу почти самых здоровых людей. Считает, что абсолютно здоровым человеком ему мешают быть "зрение... очки мешают заниматься подводным плаванием, их приходится часто снимать, а также родимое пятно на теле". Больной оценивает себя также достаточно высоко по шкале "счастье", сопровождая свою оценку следующим резонерским высказыванием: "Самые счастливые люди, которые ясно разобрались в себе, ясно понимают себя и согласно познанию себя совершают поступки, т.е. действия этих людей не противоречат, действия их осознанны, т.е. они познали себя, и это они делают... Самые несчастливые люди — люди, которые никогда не знают, что и делать, часто совершают и действуют по указке других людей, т.е. нерешительные, расплывчатые, раздвоенные, расстроенные".

Больной некритичен к своим суждениям, действиям. Так, он "принципиально" не согласен с замечаниями экспериментатора, спорит, стремясь доказать свою правоту.

Формально больному доступны сложные мыслительные операции, однако обнаруживаются искажения операциональной стороны мышления, выражающиеся чаще всего в повышенной актуализации маловероятных свойств предметов. Так, при выполнении задания "исключение предметов" больной предлагает сразу несколько вариантов решения, не может выбрать из них наиболее правильный. Например, предлагаются карточки с изображением пилы, топора, коловорота и шурупа. Исключению в данном случае подлежит шуруп, так как все остальные предметы — орудия труда. Больной же исключает пилу, поскольку "остальные предметы, которыми может пользоваться только один человек, а пилой обязательно два", или "потому что пила — это режущий инструмент, а остальные предметы входят в поверхность". Предлагает также исключить топор, так как "остальные предметы, которыми совершают длительные, постепенные, непрерывные операции, а топором можно совершить только одноразовое действие".

Обращают на себя внимание расплывчатость и разноплановость суждений, резонерство. Таким образом, на первый план при исследовании выступают грубые нарушения критичности в сочетании с выраженными нарушениями мышления (по типу соскальзывания, разноплановости суждений, резонерства).

Больной выписан с диагнозом шизофрения.

7. Больной С., 49 лет, заместитель начальника отдела НИИ. Поступил с подозрением на эпилепсию.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной жалоб на умственную работоспособность не высказывает. Беседует охотно. Часто подчеркивает, что "здоров и почти ничем серьезным не болел". Заметна склонность показать себя с лучшей стороны. В речи встречаются слова с уменьшительными суффиксами. Инструкции выслушивает очень внимательно. Выполняет задания старательно. Допущенные ошибки, даже самые незначительные, старается скрыть (когда в чем-то неуверен, начинает говорить тихим голосом или старается незаметно вообще уйти от выполнения трудного для него задания; часто свой неуспех пытается оправдать тем, что он впервые столкнулся с работой такого рода).

Инструкции к заданиям усваивает. Суждения последовательные, логика суждений не нарушена.

Вместе с тем следует отметить выраженное нарушение операциональной стороны мышления. Оперирование общими признаками предметов затруднено и заменяется установлением конкретно-ситуационных связей между предметами. Умение абстрагироваться от конкретных деталей нарушено. (Например, операция классификации предметов, в основе которой лежат выделение обобщенного свойства предмета, отвлечение от множества других его конкретных свойств, вызывает затруднение. Больной часто прибегает к ситуационному принципу образования групп. Создает большое количество мелких групп на основании довольно конкретной предметной связи. Так, объединяет в одну группу посуду и весы — "это все предметы для приготовления пищи... весы тоже к кухне подходят... они способствуют лучшему приготовлению пищи... в поваренной книге предусматривается состав в граммах... нужно что-то развесить, например, для приготовления торта надо знать все в граммах".)

Отмеченные нарушения мышления ярко и четко выступают при применении метода, который направлен на исследование процесса опосредования (метод пиктограмм). В созданных образцах-ассоциациях отсутствовала условность, много излишних конкретных деталей как в суждениях, так и в рисунках. Например, для запоминания слова "сомнение" больной придумывает следующий образ и ведет такое рассуждение: "Я раскрываю утреннюю газету, быстро просматриваю вторую страницу, но предварительно я написал свою заметку и жду, что ее напечатают в этом номере, так как в предыдущем не было... быстро пробежал одну страницу — заметки нет, у меня возникают сомнения — будет ли в этом номере напечатана моя статья... открываю следующую страницу, допустим это газета "Неделя", опять нет, несколько страниц просмотрел, у меня возникает волнение — напечатают или нет; в конце концов я открываю предпоследнюю страницу и нахожу свою корреспонденцию, сомнение мое исчезает".

При запоминании слова "справедливость" у больного возникает образ со следующими пояснениями: "Показан мальчик пяти лет, у него была в руках конфета, у него выхватил конфету мальчик десяти лет и пытался убежать, но здесь взрослый, увидев эту сцену, успел схватить мальчика десяти лет за руку, подвести к мальчику пяти лет, и тот возвращает ему

конфету. Совершать такие поступки несправедливо по отношению к малышам... взрослый им напоминает, что надо быть справедливыми".

Описанный характер нарушений мышления можно квалифицировать как снижение уровня обобщений.

Следует отметить выраженную утомляемость больного при умеренной интеллектуальной нагрузке (сам больной тщательно пытается скрыть утомляемость). Отмечаются грубые колебания внимания, которые иногда граничат с колебаниями тонуса сознания. Примером может служить отсчитывание из 200 по 13 — ...187 ...175 ...83 ...70 ...157 ...144 ...123 ...126 ...48 ...135 ...138 ...39 ...123 ...126 ...48 ...135 ...

Процесс запоминания и воспроизведения грубо не изменен. Отмечается лишь некоторая слабость воспроизведения.

Таким образом, в момент исследования выявились нарушения мышления:

а) снижение уровня обобщений (наличие конкретно-ситуационных и обстоятельных суждений);

б) выраженные обстоятельность, тугоподвижность и детализация ассоциаций.

Отмечаются также заметная утомляемость и ярко выраженные колебания внимания, граничащие с колебаниями тонуса сознания.

8. Больной С., 20 лет, военнослужащий, поступил в больницу им. П.Б. Ганнушкина на обследование.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной во время исследования спокоен, вежлив. Охотно рассказывает о своих жалобах ("память неважная, рассеянный"). Подробно описывает "состояния", которые отмечались во время службы в армии. Старается подчеркнуть свою несостоятельность при усвоении материала, обращает внимание экспериментатора на "плохой сон", на "трудности засыпания".

Во время выполнения экспериментальной работы отмечается намеренная медлительность больного. Долго обдумывает предлагаемые инструкции к заданиям, медленно включается в работу, как бы обдумывая план действий. Однако после длительного периода "размышления" выполняет работу правильно, без видимых затруднений, в соответствии с заданной инструкцией. Обнаруживает сохранность мыслительных операций, доступность обобщения и абстрагирования (лишь испытывает затруднения при опосредовании отвлеченных понятий). Суждения последовательны, целенаправленность мышления сохранна. Ассоциации в пиктограмме адекватны, эмоционально окрашены, в меру абстрактны, без излишней детализации и обстоятельности. О достоверности результатов проверки мнестических процессов судить не представляется возможным из-за стремления больного к преувеличению своей несостоятельности в умственной работе. Повышенной утомляемости, нарушений внимания во время исследования выявить не удается.

Приведенные заключения наглядно показывают, насколько разнообразными могут быть их содержание и форма.

2*

Раздел II
ПАТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Б.В. Зейгарник

НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ*

Нарушения восприятия принимают при психических заболеваниях различные формы. Как известно, еще И.М. Сеченов указывал на то, что акт восприятия включает в себя афферентные и эфферентные механизмы. Останавливаясь на зрительном восприятии, он писал, что глаз "ощупывает" предметы мира и что эти "ощупывания" входят в состав зрительного восприятия, соединяясь с проприоцептивными сигналами от глазодвигательных мышц.

Агнозии. Агнозиями называется затрудненность узнавания предметов, звуков. Проблеме агнозии, особенно зрительной, посвящено множество работ. Начиная с А. Петцля (1928), зрительные агнозии разделялись на а) агнозии предметов, так называемая лиссауэровская "душевная объектная агнозия", когда больные не узнавали предметов и их изображений. К этой группе примыкает и "симультанная агнозия" Вольперта (больные узнавали отдельные предметы, их изображения, но не узнавали изображения ситуации); б) агнозии на цвета и шрифты; в) пространственные агнозии.

Делались попытки увязать нарушение гнозиса с речевыми расстройствами (К. Гольдштейн, 1948; А.Р. Лурия, 1940; Е.П. Кок, 1957). Ставился вопрос о топическом значении синдромов агнозии (А.Р. Лурия, 1947; Е.П. Кок, 1957; В. Миллер, 1958), о связи различных форм агнозий с доминантностью полушарий (М.С. Лебединский, 1948; Е.П. Кок, 1968).

История учения об агнозиях и их механизмах глубоко прослежена А.Р. Лурией в его монографии "Высшие корковые функции", в которой анализ этого явления проводился в основном в связи с проблемой локализации функций и поисками их нейрофизиологических механизмов.

---

* См.: *Зейгарник Б.В.* Основы патопсихологии. М., 1973.

Мы хотим в нашей книге остановиться на тех случаях агнозий, которые выступали при психических заболеваниях [19]. У ряда больных (с органическими поражениями мозга различного генеза) явления агиозии проявлялись в том, что больные выделяли то один, то другой признак воспринимаемого объекта, но не осуществляли синтеза; так, изображение гвоздя один больной описывает как что-то кругленькое, говоря: "наверху шапочка, внизу палочка, что это такое — не знаю"; другой больной описывает ключ, как "кольцо и стержень". При этом больные описывали точно конфигурации предмета, могли даже точно скопировать его, но это не облегчало их узнавание. Аналогичные факты, говорящие о невозможности осуществления синтеза, были описаны Е.П. Кок (1958) при исследовании больных с поражениями теменно-затылочных систем и Е.Д. Хомской и Э.Г. Соркиной (1960).

Прежде всего возник вопрос, что у больных нарушено восприятие структуры, как это имело место у больного Ш., описанного К. Гольдштейном, который, как известно, не воспринимал формы предметов. Так, например, больной не мог отличить "с глаза" треугольника от круга и узнавал фигуры только после того, как он "обводил" их моторно, например движениями головы.

Оказалось, что у наших больных агностические явления носили иной характер. Они узнавали форму, конфигурацию даже тогда, когда последние предъявлялись тахископически. Не узнавая предметов, они могли их описать. Так, например, при тахископическом предъявлении садовой лейки больная говорит: "бочкообразное тело, что-то круглое, посередине отходит вроде палочки с одной стороны", другой больной при тахископическом предъявлении расчески говорит: "какая-то горизонтальная линия, от нее книзу отходят маленькие, тоненькие палочки". Иногда больные могли нарисовать предмет, не узнавая его.

Приводим в качестве иллюстрации данные патопсихологического исследования и историю болезни больной В., которая была описана нами совместно с Г.В. Биренбаум в 1935 г.

Больная В., 43 года, по профессии библиограф. Диагноз: эпидемический энцефалит (из истории болезни доктора Э.Г. Кагановской).

Заболела в 1932 г. Появилась резкая сонливость, которая продолжалась около недели и сменилась бессонницей. Отмечалось слюнотечение, левосторонний парез ноги и боль в области наружной части левого плеча, повышение температуры. Имели место иллюзии и галлюцинации. На стенке вокруг вентилятора "бегали мыши", на полу прыгали фигуры, кружились "танцующие рожи".

С этими явлениями больная поступила в Боткинскую больницу. Через несколько дней появились кратковременные расстройства сознания, больная не могла найти своей палаты, постели. В 1933 г. была переведена в психиатрическую клинику ВИЭМ.

Ко времени нашего исследования психический статус больной характеризуется следующим образом. Больная в ясном сознании, правильно ориентирована в окружающем. Несколько амимична. Тихий, мало модулирующий голос. Много лежит, жалуясь на утомляемость и головные боли. С трудом и не сразу дает анамнестические сведения, при этом останавливается на подробностях, не имеющих отношения к существу вопросов. Мало читает — "не хватает, — отмечает больная, — живого воображения". Внешне добродушна, эмоциональна. Это состояние, однако, быстро сменяется раздражительностью, злобностью, доходящими до аффективной взрывчатости. Вместе с эмоциональной лабильностью отмечается в общем бедная и довольно однотипная аффективная жизнь с очень узким кругом привязанностей, безразличное отношение к людям, к работе, к общественной жизни, к литературе, раньше очень любимой.

На этом фоне общего эмоционального однообразия имеется заинтересованность в выздоровлении.

Экспериментально-психологическое исследование не выявляет каких-либо грубых изменений психической деятельности больной. Больная правильно усваивала инструкцию, передавала хорошо содержание, подтекст прочитанной книги, понимала условный смысл пословиц, метафор. Обнаружились лишь некоторая пассивность и отсутствие заинтересованности в экспериментальной ситуации.

Вместе с тем патопсихологическое исследование выявило грубые нарушения узнавания предметов. Больная совсем не узнавала 40% предъявленных ей изображений. Так, нарисованный гриб она называет "стог сена", спички — кристаллами. Среди остальных 60% были тоже разнообразные искажения. Сюжет картины больная тоже улавливает не сразу, а лишь после длительных фиксаций на отдельных деталях. Процесс восприятия носит характер отгадывания: "Чтобы это могло быть — расческа? На чем она сидит — на кресле, стуле? Чтобы это могло быть — плита? Корыто? " и т.п. При показе известной картины "Смертница" больная говорит: "Что это за женщина, о чем-то задумалась? На чем она сидит? На кровати? Что это за тени?"

Приведем данные протокола исследования.

Протокол экспериментально-психологического исследования больной В.

Предъявленный рисунок карточки лото	Описание больной
Щетка зубная	Щетка, вероятно половая. А это что? Желтенькая полосочка, вероятно бахрома.
Пионерский барабан	Горшок с кисточкой. Экспериментатор: может быть что-нибудь другое? Больная: булка, которую кладут в кастрюлю, а это кренделек (на палочку). Похоже и на шапку, а это что такое?
Кнопки	Внутри треугольники, вероятно протоплазмовая клетка

Предъявленный рисунок карточки лото	Описание больной
Перья	Перья
Книга	Книга с бисерным почерком
Спички	Свечи горящие, это не может быть; а это не может быть кристаллы в лампе?
Два барабана	То же самое, что и раньше, только две штуки; знакомое и незнакомое. Экспериментатор: детская игрушка. Больная: может, губка круглая для стола?
Перья для туши	Факелы, носят в театрах или длинные ручки с пером
Карандаш	Свеча, тут уж ясно, что свеча
Кисточка	Кисточка
Пионерская труба	Музыкальный инструмент, флейта. Или труба
Стручья	Растение, морковка по форме, а по хвостику вот не знаю
Самолет	Это стрелка (указывает на хвост самолета). Это балкон, но при чем тут стрелка, две ножки?

Даже при правильном названии у больной всегда отмечалось сомнение и неуверенность, она ищет опорные пункты в рисунке для того, чтобы подтвердить ими правильность своего вывода. Так, больная узнала изображение коровы, но сразу наступили обычные для больной сомнения — "это корова какой-то определенной породы: морда у нее не коровья, больно уж умная морда, нет не корова. Чтобы это могло быть за животное? Да нет — это корова, вот (указывает на вымя)".

При таком выраженном нарушении узнавания рисунков больная прекрасно узнавала геометрические формы, дополняла незаконченные рисунки согласно структурным законам. Больше того, не узнавая предмет на рисунке, больная прекрасно описывала его форму. Например, не узнав рисунка барабана и пресс-папье, она описывала их форму чрезвычайно точно и даже хорошо срисовывала их.

В процессе исследования выявилось, что реальные предметы больная всегда хорошо узнавала и затруднялась при узнавании моделей из папье-маше (например, больная не узнавала модели самолета, с трудом узнавала модель (плоскостную из картона) собаки, мебели).

Таким образом, создавалась как бы некоторая ступенчатость ее расстройств. Больная хорошо узнавала предметы, хуже узнавала модели, еще хуже — рисунки предметов. Особенно плохо она узнавала те изображения, которые были схематически нарисованы, в виде контуров или пунктиров. Поэтому возникло предположение, что причина затрудненности узнавания, очевидно, вызывается той обобщенностью, формализацией, которая присуща рисунку. Для проверки была проведена следующая серия экспериментов: больной предъявлялись изображения одних и тех же предметов в разном выполнении: а) в виде пунктирного контура; б) в виде черного силуэта; в) в виде точного фотографического изображения, иногда на фоне конкретных деталей, например рядом с пресс-папье лежала

ручка и чернильница. Данные экспериментального исследования подтвердили наше предположение. Больная совершенно не узнавала пунктирных, несколько лучше, но все же очень плохо, узнавала силуэты изображения и лучше конкретные.

Приводим для иллюстрации несколько выписок из протоколов ее исследования.

Предъявленная картинка	Описание больной
Шляпа (пунктирное изображение)	Я сама не знаю что. Напоминает кольцо. Не может же быть такой широкий камень (откладывает в сторону, вертит рисунок)
Шляпа (черный силуэт)	Не гриб ли это? Может быть похожа на шляпу, но причем тут эта полоса?
Шляпа (цветное конкретное изображение)	Это похоже на шляпу
Пресс-папье (пунктирное изображение)	Не знаю, точки какие-то, что это такое?
Пресс-папье (силуэтное изображение)	Это странный предмет
Повторно показывается шляпа (контур)	Это не шляпа, а может быть действительно шляпа
Пресс-папье (конкретное изображение)	Это для промокашки, пресс-папье

Таким образом, эксперимент выявил обозначенную выше своеобразную ступенчатость узнавания; последнее улучшалось по мере включения объекта в фон, характеризующийся конкретными подробностями, окраской. Можно сказать, что, улавливая структурную оформленность рисунка, больная как бы не осмысляет того, что она видит, она не в состоянии отнести схематический рисунок к определенной категории вещей. За это говорит и отгадывающий характер ее узнаваний, поиск опорных деталей ("что это за точки, что они означают?"), вопросительная форма ее высказываний ("неужели это был забор?", "неужели это расческа?").

Как указывает А.Р. Лурия, "процесс зрительного анализа превращался в серию речевых попыток расшифровать значение воспринимаемых признаков и синтезировать их в зрительный образ". Больная не могла "с глаза" воспринять рисунок, процесс восприятия приобретал характер развернутого дезавтоматизированного действия.

За это говорит следующий факт: "Узнав фотографическое изображение, больная не смогла перевести это узнавание на силуэтное изображение. После того как больная узнала в раскрашенном изображении пресс-папье, экспериментатор спрашивает: "А я вам показывала раньше пресс-папье?" Больная раздумывает и говорит с удивлением: "Нет, я его вижу впервые, ах, вы думаете, тот прибор, который вы мне показали? Нет, это не пресс-папье (больная при

этом рисует его по памяти). Что же это может быть? Я думаю, все-таки какой-нибудь прибор, а какой — не знаю". Даже тогда, когда ей удается сделать перенос, у нее остается неуверенность. Узнав раскрашенную шляпу, она говорит на контурную: "А это что, тоже шляпа?" На утвердительный ответ экспериментатора она замечает: "При чем тут эта линия?" (Указывает на тень.) Когда ей в последующем эксперименте опять предъявляют этот рисунок, она замечает: "Вы тогда сказали, что это шляпа".

Восприятие нарушается в своей специфически человеческой характеристике как процесс, обладающий функцией обобщения и условности; поэтому нам казалось правомерным говорить о нарушении смысловой стороны восприятия. За это говорят и способы, с помощью которых можно было скомпенсировать этот дефект. Так, если экспериментатор просил указать определенный предмет (укажите, где шляпа), то больные правильно узнавали. Таким образом, включение объекта в определенный круг значения помогало узнаванию. Название же приблизительного круга предметов, к которому относится данный объект (покажите мебель, овощи), помогало меньше. Поэтому следовало ожидать, что подобные агностические расстройства должны особенно четко выявиться и у дементных больных.

Псевдоагнозии при деменции. Исследование зрительного восприятия больных, у которых клинические и экспериментально-психологические данные выявили деменцию по органическому типу, обнаружило отмеченные выше особенности: больные не узнавали силуэтных и пунктирных рисунков. К этому добавилась еще одна особенность: их восприятие было диффузным, недифференцированным.

Нарушения восприятия выявляются у этой группы при экспозиции ситуационных картинок. Помимо того, что дементные больные не улавливают сюжета, они при этом проявляют ряд и других, очень характерных феноменов. Не понимая смысла сюжета, они часто описывают отдельные предметы, не видя их сюжетной связи. Отдельные части рисунка сливаются, смешиваются с фоном, изображения предметов не узнаются. Г.В. Биренбаум отмечает, что предмет узнавания обусловливается той частью рисунка, на которой больной фиксирует свое внимание: так, гриб больной называет помидором, если выступила как часть головка гриба, или же видит в грибе огурец, если фиксирует внимание на его ножку. Поэтому при предъявлении рисунка подобному больному часто безразлично: показывают ему его часть или целое.

У некоторых больных агнозия распространялась и на структуру, на форму изображения. Г.В. Биренбаум описала в 1948 г. больного К., у которого на фоне органической деменции выступили рас-

стройства зрительного гнозиса в виде нарушения восприятия формы. При показе треугольника он говорит: "Клином как-то, а назвать не могу, я вижу клин в трех местах, клин-трехклинник". При экспозиции четырехугольника больной говорит: "Мне трудно сказать (обводит пальцем) — прямая, прямая, прямая и прямая". При экспозиции незаконченного круга видит прежде всего изъян — "здесь провал какой-то", в то же время воспринимает симметрию формы. Например, при показе *креста*, не умея назвать фигуры, больной заявляет: "Хоть куда хочешь заглядывай, она лежит правильно". Нередко больной воспринимал форму предмета, но тут же быстро наступал распад его структуры.

Г.В. Биренбаум отмечает, что агнозию больного можно было трактовать как нарушение оптического внимания. Например, при осмотре картинки, на которой нарисован крестьянин, стоящий с задумчивым видом у телеги, у которой отскочило колесо, больной говорит: "Вот колесо, а это мужчина стоит", показывая на лошадь: "А это птица какая-то". Экспериментатор: "Это ведь лошадь". Больной: "На лошадь плохо смахивает". Здесь отчетливо выступает нарушение не только смысловых, но и структурных компонентов. Узнав телегу и колесо, он не только не делает соответствующего вывода, что стоит телега с лошадью, но остро торчащие уши лошади создают у больного впечатление, что это птица. При попытке понять сюжет картинки больные из-за неправильного узнавания деталей и структурного распада часто неправильно описывают ее содержание. Это расстройство напоминает феномен, описанный А. Пиком как "сенильная агнозия" или как расстройство "симультанного восприятия". Оно выражается в том, что испытуемый, описывая отдельные предметы, не умеет уловить общего смысла картинки.

При раскрашенных сюжетных рисунках дементные больные легко поддаются диффузному впечатлению яркой раскраски отдельных частей картинки и также могут описывать их по вышеуказанному типу. Восприятие, освобожденное от организующей роли мышления, становится диффузным, легко возникает структурный распад, несущественные элементы рисунка становятся центром внимания и ведут к неправильному узнаванию.

В силу выпадения и расстройства смысловых компонентов у дементных больных резко страдали ортоскопичность и произвольность восприятия. Достаточно было показать этим больным предмет или рисунок в перевернутом виде, как они его уже не узнают. Примеры: предъявляется рисунок кошки (из детской серии лото) в перевернутом виде. Больной — "памятник какой-то". Экспозиция того же рисунка в прямом положении — и больной со смехом: "Вот так памятник! Кошка-котик". Рисунок — ботинок, из той же серии лото, дан в перевернутом виде. Больной — "урна какая-то".

В прямой экспозиции больной сразу узнает ботинок. При незначительном удалении предметов у дементных больных не сохранялась константность их величины.

Таким образом, картина распада восприятия при деменции подтверждает ведущую роль фактора осмысленности и обобщенности в любом акте человеческого восприятия.

Обманы чувств. Галлюцинации. Одним из наиболее часто встречающихся симптомов расстройства восприятия при душевных заболеваниях являются галлюцинации.

Галлюцинациями в психиатрии называют ложные восприятия. Больные видят образы, предметы, которых нет, слышат речь, слова, которые никем не произносятся, чувствуют запахи, которых в действительности нет.

Галлюцинаторный образ может быть различной модальности. Еще Е. Эскироль писал, что галлюцинант — это "человек, имеющий внутреннее убеждение, что он что-то воспринимает, тогда как извне нет никакого объекта, способного вызвать это восприятие". Это определение Эскироля легло в основу положений психиатров, что галлюцинации возникают без наличия раздражителя. При иллюзорном восприятии имеется раздражитель, но у больного возникает его искаженное восприятие. В зависимости от наличия или отсутствия раздражителя обманы чувств относятся к категории иллюзий или галлюцинаций.

Содержание характера галлюцинаций различно: они могут быть нейтральными, тогда больные спокойно реагируют на них. Галлюцинации могут носить императивный характер: голос приказывает больным что-то сделать. Так, одной больной голос "приказал" сжечь свои вещи; другой больной (кассирше) голос "приказал" выбросить деньги; "голоса" бывают устрашающими; они угрожают убить. Под влиянием этих образов, голосов больные совершают те или иные поступки (например, упомянутые больные действительно сожгли вещи, выбросили деньги).

Больные относятся к галлюцинаторным образам, как к реально воспринимаемым объектам, словам. Поведение больных часто определяется именно этими ложными восприятиями; нередко больные отрицают наличие галлюцинации, но их поведение выдает, что они галлюцинируют. Так, беседуя с врачом, больной вдруг говорит "голосу": "Не мешай, видишь, я занят". Другой прогоняет "мышей", которые якобы ползут по его рукаву (при белой горячке). При обонятельных галлюцинациях больные отказываются от еды: "Пахнет бензином, керосином, гнилью".

Что отличает галлюцинации от представлений и роднит их с образами, получаемыми от реальных предметов? 1. Галлюцинаторный

образ *проецируется вовне.* Больной, страдающий галлюцинациями, может точно указать местонахождение галлюцинаторного образа: он говорит о том, что этот образ находится "направо", что "машина стоит перед окном". 2. Галлюцинаторный образ чувственно окрашен: больные различают тембр "голоса", принадлежность его мужчине, женщине, они видят окраску, яркую, темную, маленьких или больших животных. Эта яркая чувственность, проекция вовне отличают галлюцинаторный образ от представления. Именно эта чувственность образа мешает наступлению коррекции; это проецирование вовне и яркая чувственность роднит галлюцинаторный образ с образом, получаемым от реальных предметов. Вместе с тем галлюцинаторный образ отличается от представления. Он возникает непроизвольно, больной не может его вызвать, не может от него избавиться, галлюцинации возникают помимо его желаний, волевых усилий.

И, наконец, возникновение галлюцинаторного образа сопровождается отсутствием подконтрольности. Больного невозможно убедить в том, что галлюцинаторного образа не существует. "Как же вы не видите, — возражает больной на уверения врача, — ведь вот стоит собака, вон там в правом углу, уши подняты, шерсть рыжая, ну вот, вот". Или: "Как же вы не слышите, ведь вот совершенно ясно мужской голос приказывает мне "подыми руку, подыми руку", голос курильщика с хрипотцой". Убеждать галлюцинанта бесполезно — этот болезненный симптом проходит лишь с улучшением общего состояния.

Описанию галлюцинаций посвящен ряд работ как отечественных, так и зарубежных психиатров. Однако во всех этих работах объяснение этого симптома, так же как и других психопатологических симптомов, всегда осуществлялось, как отмечает Ю.Ф. Поляков, в виде анализа конечного результата продуктов психической деятельности; сам же процесс, который этот продукт производит, не изучался.

Для психологов же представляет интерес вопрос о природе обманов чувств. Встает вопрос, может ли возникнуть образ предмета без наличия какого-то внешнего раздражителя. Этой проблеме, имеющей психологическое и методологическое значение, посвящено экспериментальное исследование С.Я. Рубинштейн (1955), на котором мы ниже остановимся подробнее.

Вопрос о механизмах галлюцинаций ставился неоднократно. Одни авторы, вслед за Г.И. Мюллером, понимали галлюцинации как спонтанный продукт нарушения рецепторов; другие выводили наличие галлюцинаций из нарушенных участков центральной нервной системы. Близкой к этим концепциям является точка зрения Е.А. Попова, который объясняет галлюцинации интенсификацией представлений.

Основой для этой теории послужили высказывания И.П. Павлова о том, что галлюцинации возникают при наличии гипнотической

парадоксальной фазы. Действительно, ряд клинических фактов говорит о наличии тормозного состояния в коре больных. Выявилось, что галлюцинаторные образы усиливаются при засыпании и в момент пробуждения; с другой стороны, прием таких стимулирующих лекарств, как кофеин, фенамин, ослабляет галлюцинирование, в то же время прием тормозящих, например брома, активизирует галлюцинаторный процесс.

Исходя из того положения, что при парадоксальной фазе слабые раздражители приобретают бóльшую силу, чем сильные, Е.А. Попов выдвинул теорию "интенсификации представлений". По его мнению, представления, являющиеся более слабыми раздражителями, под влиянием гипноидных фаз интенсифицируются и проецируются как реальные предметы в пространство.

Однако, как замечает С.Я. Рубинштейн, прибавление гипноидных фаз "не сделало теорию интенсификации представлений более убедительной", так как представления не существуют сами по себе вне рефлекторного процесса. Автор правильно указывает, что диалектико-материалистическая теория рассматривает психическую деятельность как отражение действительности, что все формы деятельности человека представляют собою отражение бесчисленных воздействий реальных раздражителей. Тот факт, что в большинстве случаев невозможно установить непосредственную связь между галлюцинацией и раздражителем, еще не говорит о его отсутствии. С.Я. Рубинштейн отмечает, что связи между раздражителем и возникающим образом могут быть сложно замаскированы или опосредованы, они могут представлять собою связи следового порядка, но положение, что первоначальной причиной всякого психического акта является внешнее раздражение, относится и к нарушенной деятельности анализатора. Для доказательства своей гипотезы С.Я. Рубинштейн разработала следующую методику: больным предлагались записанные на магнитофонной ленте слабо различимые звуки, некоторые из них носили предметный характер (шелест бумаги, бульканье воды), характер других являлся неопределенным.

В то время как здоровые испытуемые различали источники звуков, у больных, страдающих или страдавших раньше галлюцинациями, эти эксперименты вызывали обманы слуха. С.Я. Рубинштейн описывает, как одна больная слышала при предъявлении шелеста бумаг слова: "Ты дрянь, ты дрянь..." Другая слышала рыдания; больной, в прошлом моряк, слышал звон склянок, прибой моря. Поведение больных, их действия; суждения были ответными на ложно воспринимаемые звуки. У некоторых больных ложные образы сохраняли известную, хотя и искаженную связь с источниками звука, у других больных эти связи оказались зафиксирован-

ными стереотипными связями. С.Я. Рубинштейн приходит к выводу, что одним из важных патогенетических условий формирования галлюцинаций является затрудненность прислушивания и распознавания звуков.

О правомерности положения о том, что затруднения деятельности облегчают или даже вызывают обманы чувств, говорят факты возникновения галлюцинаций у здоровых людей. В литературе описаны случаи, когда галлюцинаторные переживания возникли: 1) в условиях сенсорного дефицита (у водолазов, у людей в барокамерах); 2) в условиях изоляции (слуховые галлюцинации у людей, заключенных в одиночные камеры); 3) у слабовидящих и слабослышащих (но не у слепых и не у глухих).

Эти факты свидетельствуют о том, что условия, затрудняющие прислушивание, приглядывание, вызывающие усиленную ориентировочную деятельность анализаторов, способствуют возникновению галлюцинаций. В генезе зрительных галлюцинаций играют также роль сенестопатии, оптико-вестибулярные нарушения проприо- и интерорецепции. Н.А. Абрамович (1958) описал больную, у которой было ощущение, что ее голова раздувается, правый глаз становится больше; во время этих пароксизмальных припадков возникали у нее зрительные галлюцинации.

Таким образом, в сложном патогенезе галлюцинаций большую роль играет изменение деятельности внешних и внутренних анализаторов. На основании своих экспериментальных данных С.Я. Рубинштейн с полным правом утверждает, что неправомерно определять галлюцинации как ложные восприятия, возникающие без наличия обусловливающих их раздражителей во внешней или внутренней среде. "Раздражители существуют, — говорит автор, — играют свою роль в возбуждении галлюцинаторных образов, в их проекции, но не осознаются больными. Образы, обусловленные следами прежних раздражений, подверженные при нормальном бодрственном состоянии, как неоднократно указывал И.П. Павлов, отрицательной индукции под влиянием более сильных наличных раздражителей среды, здесь настолько преобладают над последними, что эти реальные раздражители, играя роль в возбуждении следовых процессов, не находят отражения в отчете, который дает галлюцинант". Автор указывает, что различные раздражители способны возбудить содержания через сложную цепь ассоциаций, промежуточные звенья которой могут ускользнуть от отчета. Связь образа с наличными раздражителями трудно поддается прослеживанию, она часто маскируется, но она существует.

Выводы С.Я. Рубинштейн перекликаются с экспериментами, проведенными в свое время В.М. Бехтеревым.

В присутствии больных, страдающих слуховыми галлюцинациями, он применял монотонные звуковые раздражители с помощью метронома и получил следующие результаты: 1) галлюцинации меняли свою проекцию в пространстве соответственно перемещению источника раздражения; 2) раздражители иногда возбуждали галлюцинаторные явления; 3) больные переставали видеть или слышать реальный раздражитель, когда возникал галлюцинаторный образ, несмотря на то что последний был вызван этим раздражителем.

Все эти данные подтверждают положение С.Я. Рубинштейн о том, что наличие подпороговых раздражителей, вызывающих перегрузку деятельности анализаторов, как внешних, так и внутренних, играет существенную роль в патогенезе обманов чувств.

Это положение очень важно, так как доказывает роль искаженной деятельности в становлении симптома. Именно поэтому, как мы говорили выше, анализ любого психопатологического явления может оказаться полезным для вопросов общей психологии. Психопатологически измененные процессы (в данном случае восприятия) показывают, что к этим процессам следует подойти как к формам деятельности.

Псевдогаллюцинации. Особый интерес представляет для психологии тот вид галлюцинаций, который носит название "псевдогаллюцинации". Они были впервые описаны известным русским психиатром В.Х. Кандинским (1887) и французским психиатром Клерамбо. Они отличаются от описанных раньше галлюцинаций (так называемых "истинных") тем, что они проецируются не во внешнем пространстве, а во "внутреннем" — "голоса" звучат "внутри головы"; больные часто говорят о том, что они их слышат как бы "внутренним ухом"; они не носят столь выраженного чувственного характера; больные часто говорят о том, что "голос в голове" похож на "звучание мыслей", на "эхо мыслей". Больные говорят об особых видениях, об особых голосах, но они не идентифицируют их с реальными предметами, звуками. Второй отличительной характеристикой псевдогаллюцинаций является то, что голоса воспринимаются больными как "навязанные", они кем-то "сделаны", у больного "вызывают звучание мыслей". Псевдогаллюцинации могут быть тактильными, вкусовыми, кинестетическими. Больной ощущает, что его языком "действуют помимо его воли", его языком говорят слова, которые он не хочет произносить, его руками, ногами, телом кто-то действует. Наступает известная деперсонализация: собственные мысли, чувства становятся чужими.

Так, Л.М. Елгазина описывает больную, которая чувствовала, будто "забирают ее мысли и включают другие". Она же описывает другого больного, у которого истинные галлюцинации сочетались с псевдогаллюцинациями: с одной стороны, он слышит "голоса

настоящие" и одновременно "голоса в голове"; ему внушают плохие слова и мысли, он не может "распоряжаться своими мыслями"; ему "фабрикуют" неуклюжую походку, он "вынужден" ходить с вытянутыми руками, сгорбившись; он не может выпрямиться.

Таким образом, псевдогаллюцинации характеризуются насильственностью, сделанностью, симптомом воздействия. Больные боятся пользоваться транспортом, так как не хотят, чтобы посторонние люди слушали их мысли (так называемый симптом "открытости"). Сочетание псевдогаллюцинаций с симптомом отчуждения, "сделанности" носит название синдрома Кандинского. Основной радикал синдрома Кандинского — это чувство "сделанности восприятия, мыслей", утрата их принадлежности собственной личности, чувство овладения, воздействия со стороны. Различают три компонента этого синдрома: 1) идиоторный — раскрытость мысли; 2) сенсорный — сделанность ощущений; 3) моторный — сделанность движений. Анализ этого синдрома очень сложен. Его понимание может быть основано на положениях И.М. Сеченова об "органических ощущениях". Как известно, И.М. Сеченов часто говорил о проприоценциях, о "темных" ощущениях, возникновение которых он связывает с нервными импульсами, идущими из внутренних органов. Эти импульсы мы не ощущаем, но они находятся в тесной связи с ощущениями, идущими от наших внешних органов чувств. Именно эта связь и определяет целостное восприятие человеком своего тела и является "чувственной подкладкой "я", т.е. служит основой самоощущения и самосознания". Очевидно, при известной патологии наступает распад этой "чувственной подкладки "я", "темные чувства" начинают ощущаться и нарушают единство самосознания".

Для объяснения этого синдрома могут быть привлечены и положения А.А. Меграбяна о так называемых гностических чувствах. Дело в том, что когда мы воспринимаем какой-нибудь предмет или явление внешнего мира, у нас есть какое-то осознание, что наши чувства, восприятия принадлежат нам. Если я рассматриваю что-то, то подспудно есть сознание, что восприятие принадлежит мне. Нет ничейных переживаний, ощущений. Вот эти гностические чувства выполняют, по мнению А.А. Меграбяна, связующую роль между самовосприятием и самосознанием, с одной стороны, и образованием высших автоматизированных сложных навыков — с другой. Они возникают в результате синтеза предшествующего опыта наших ощущений и восприятий. Гностические чувства обнаруживают, по А.А. Меграбяну, следующие свойства: 1) обобщают предшествующие знания о предмете и слове в конкретно-чувственной форме; 2) обеспечивают чувствование принадлежности психических процессов нашему "я", личности; 3) включают в себя эмоциональ-

ный тон соответствующей окраски и интенсивности. В инициальной стадии психического заболевания у больных с синдромом отчуждения наблюдаются элементы распада сенсорных функций, нарушаются акты узнавания предметов и образов. У больных же в стадии выраженного психоза наступает полное отчуждение собственных психических процессов — мыслей, чувств, поступков. Псевдогаллюцинации мало изучены психологами, между тем исследование этого симптома помогло бы подойти к проблеме становления сознания и самосознания, роли самоощущения в становлении познания действительности. Можно указать лишь на работу Т.А. Климушевой, которая включила в исследование больных с синдромом Кандинского и данные психологического эксперимента. Было обнаружено, что эти болезненные явления выступают в основном тогда, когда больные испытывают интеллектуальные затруднения.

Нарушение мотивационного компонента восприятия*. Подход к восприятию, как деятельности, обязывает выявить изменения ее различных характеристик, которые могут оказаться "ответственными" за его нарушение. Выше мы показали, как снижение обобщения приводит к агнозиям, как изменения функционального состояния деятельности анализаторов, внешних и внутренних, приводят к обманам чувств. Деятельность восприятия включает в себя и основную характеристику человеческой психики — "пристрастность" (А.Н. Леонтьев). Еще в 1946 г. С.Л. Рубинштейн писал, что в "восприятии отражается вся многообразная жизнь личности". Поэтому следовало ожидать, что при изменении личностного отношения изменяется и перцептивное действие.

Прежде чем перейти к изложению экспериментальных данных, показывающих роль изменений мотивационного компонента в восприятии, хотелось бы остановиться на некоторых общих теоретических положениях психологии восприятия. За последние годы усилился интерес к выявлению личностных факторов восприятия. Особенное развитие получил тезис о "личностном" подходе к проблеме восприятия в ряде работ современных американских психологов.

Можно выделить следующие основные тенденции, характерные для этого подхода: 1) восприятие рассматривается как селективный процесс, определяющийся взаимодействием объективных качеств стимуляции и рядом внутренних, мотивационных факторов (школа New Look).

Так, Дж. Р. Брунер и Р. Постмэн различают аутохтонные и директивные факторы восприятия. Первые определяются непосредст-

---

* Этот параграф написан канд. психол. наук Е.Т. Ойзерман.

венно свойствами сенсорики человека, благодаря которым формируется представление об относительно простых качествах объекта. Директивные, или поведенческие, факторы восприятия отражают прошлый опыт человека, его эмоциональные состояния, установки и потребности.

Чтó воспринимается человеком в данный момент, определяется взаимодействием того, что презентируется аутохтонным процессом, и того, что выбирается директивным. В предложенной авторами когнитивной теории восприятия роль внутреннего, директивного фактора играет *гипотеза*, в концепциях других авторов — "установки", "ожидания", "схемы" и т.д. Действие этих факторов обусловливает избирательность, сенсибилизацию или искажение восприятия. Для иллюстрации приведем известные эксперименты Шафера и Марфи, в которых тахистоскопически предъявлялась известная фигура Рубина, образованная двумя "полумесяцами", каждый из которых мог видеться как профиль, образующий фигуру на фоне. Опыт строился по типу игры: испытуемый получал вознаграждение, если видел одно из лиц, и штрафовался, если видел другое лицо (при этом в тахистоскопе многократно предъявлялось каждое лицо в отдельности). Когда впоследствии внезапно предъявляли двусмысленную фигуру, испытуемый воспринимал в качестве фигуры то лицо, которое обычно вознаграждалось. Иначе говоря, "ожидания" субъекта определяли выбор элементов фигуры-фона. Аналогичные результаты получали Сэнфорд, Левин, Чейн и Марфи в условиях пищевой депривации. При тахистоскопическом предъявлении неопределенных изображений испытуемые часто видели пищевые объекты там, где их не было, при этом пищевые рисунки быстрее и правильнее узнавались с увеличением времени депривации.

Источником "ожиданий" испытуемых в данном случае было состояние острой органической потребности, которое стало причиной искажения и сенсибилизации процесса восприятия.

Следует подчеркнуть, что в большинстве исследований, затрагивающих вопрос о влиянии "внутренних факторов" на восприятие, мотивация выступает в качестве дезорганизатора перцептивного процесса. Не случайно в работах этого направления часто говорится об "аутизме восприятия". Этим термином, пришедшим в психологию из клиники З. Фрейда и Е. Блейера, подчеркивалась оторванность познавательных процессов от внешнего мира, их полная зависимость от аффективных, неосознаваемых состояний личности.

Таким образом, в трактовке роли мотивационных факторов в восприятии авторы продолжают развивать традиции психоаналитического направления; аффективная сфера человека остается для них прежде всего источником "возмущающего" влияния на субъекта.

Другое направление, представленное Г. Виткиным и его сотрудниками, поставило вопрос о соотношении способа восприятия человека и его личностной организации. Оказалось, что испытуемые при выполнении различных перцептивных задач — ориентировки в пространстве, теста "вставленных фигур" — проявляют некоторые характерные способы восприятия. Так, при выполнении какого-то задания, в котором необходимо было правильное восприятие какого-то элемента перцептивного поля, одни испытуемые принимали за точку отсчета проприоцептивные ощущения собственного тела, другие ориентировались преимущественно на впечатления от "внешнего" зрительного поля. Эту особенность восприятия Г. Виткин называл зависимостью (независимостью) от поля, которая, по мнению автора, связана с определенной личностной структурой.

Людей с "полевой зависимостью" отличает, по мнению автора, пассивность в отношениях с внешним миром, отсутствие инициативы, конформизм. Независимые же от "поля" люди демонстрируют противоположный набор личностных качеств. Автор считает, что в восприятии психически больных описанная зависимость или независимость от "поля" более сильно выражена.

К третьему направлению следует отнести работы зарубёжных авторов, стремящихся доказать, что восприятие обеспечивает адаптацию личности к внешнему миру и в свою очередь отражает уровень ее адаптации. Такое понимание функции восприятия вытекает из принятой в американской психологии концепции личности. Термин "личность" употребляется обычно в американской психологии для обозначения некоторой интегративной системы, которая обеспечивает психологическую целостность и постоянство поведения индивида и которая постоянно подвергается опасности разрушения либо со стороны запретных инстинктивных влечений, либо со стороны внешнего мира и налагаемых им требований. Наличие постоянно действующего конфликта создает определенный уровень тревожности. При внезапном возрастании тревожности немедленно пускаются в ход механизмы психологической защиты, целью которых является устранение источника беспокойства и возвращение личности к состоянию комфорта. Проблеме психологической защиты, впервые описанной З. Фрейдом и А. Фрейд, посвящено много исследований. Этого вопроса мы не будем здесь касаться, так как он требует специального изучения. Остановимся лишь на той форме психологической защиты, которая привлекла внимание современных исследователей восприятия и названа перцептивной защитой. Приведение в действие механизма перцептивной защиты связано, как подчеркивают многие авторы, со степенью структурированности перцептивного материала. Неопределенная, конфликтная или незнакомая ситуация способна привести к возрастанию уровня

тревожности, так как требует перестройки поведенческих схем, приспособления к новым ситуационным взаимоотношениям. "Непереносимость неопределенности" вызывает перцептивную защиту. Для примера приводим исследования Мак-Гини и Адорнетто у больных шизофренией. Применялась методика тахистоскопического предъявления нейтральных и эмоционально-значимых слов. Гипотезы, формулируемые в процессе узнавания слов, объединялись в следующие группы: 1) гипотезы, подобные структуре стимульного слова; 2) гипотезы, непохожие на структуру стимульного слова; 3) бессмысленные гипотезы; 4) персеверирующие гипотезы.

Оказалось, что больные шизофренией были склонны актуализировать гипотезы типа 2, 3, 4 при всех словах; в норме же искажающие и бессмысленные гипотезы появлялись лишь в основном при предъявлении слов-табу.

Мы рассмотрели здесь лишь некоторые аспекты исследования восприятия за рубежом, в которых наиболее четко отразился отказ от изучения восприятия в отрыве от личности субъекта.

Однако основным недостатком этих исследований является эклектичность методологических позиций авторов, пытающихся синтезировать понятия гештальтпсихологии и психоанализа. Личностный компонент восприятия заключается для этих авторов в агрессивных тенденциях, чувстве тревожности, дискомфорте. Из сферы психологического анализа выпадает значение *деятельности* субъекта как основной формы проявления личностной активности, выпадает роль сформировавшихся в процессе этой деятельности социальных мотивов, их иерархия, их содержание и смыслообразующая функция.

Между тем из положений советских психологов вытекает, что смыслообразующая функция мотивации играет роль и в процессе восприятия. Работами А.Н. Леонтьева и Е.П. Кринчик показано, что введение подкрепления, имеющего различный *смысл* для испытуемого, по-разному влияет на время реакции. Ими выявлен активный характер переработки информации человеком, что нашло свое выражение в схватывании статистических характеристик объекта, в оптимизации деятельности испытуемого при построении вероятностной модели. Поэтому мы вправе были предполагать, что процесс восприятия не только строится различно в зависимости от того, *какие* мотивы будут побуждать и направлять деятельность испытуемых, но можно было ожидать разную структуру перцептивной деятельности у здоровых и больных людей, у которых клиника диагностирует те или иные изменения личности. Удалось экспериментально 1) показать зависимость восприятия от характера мотивации экспериментальной деятельности; 2) выявить особенности восприятия, связанные с нарушением смыслообразующей функции мотива.

Экспериментальная методика состояла в следующем. Предъявлялись сложные сюжетные картинки и картинки с неясным сюжетом в условиях разной мотивации. Мотивация создавалась, во-первых, с помощью различных инструкций ("глухая", "исследование воображения", "исследование интеллекта"), во-вторых, разной степенью неопределенности изображений. Неопределенность перцептивного материала выступала непосредственным побудителем деятельности, роль смыслообразующего мотива выполняла инструкция. Используемые в эксперименте картинки представляли собой изображения более или менее сложных ситуаций (мать купает ребенка, группа чем-то взволнованных женщин и т.д.) или нечеткие снимки объектов (цветы, мокрая мостовая, пятна Роршаха).

Эксперимент включал три варианта исследования. В варианте *А* карточки-картинки предлагались с "глухой" инструкцией описать, что изображено. В варианте *Б* сообщалось, что целью эксперимента является исследование воображения и для правильного выполнения задания испытуемым необходимо проявить свои творческие способности. В варианте *В* испытуемых предупреждали, что задачей исследования является определение их умственных способностей. Чтобы мотивировка задания выглядела убедительной, а также для усиления мотивационного влияния инструкции, предварительно предлагалась серия заданий, где экспериментатор якобы оценивал интеллект испытуемых. В каждом варианте предъявлялись разные наборы картинок, содержание которых надо было определить. Таким образом, во всех трех вариантах исследования цель задания оставалась неизменной, менялась лишь его мотивация.

В экспериментах участвовали здоровые испытуемые, больные эпилепсией, больные шизофренией. Данные историй болезни и общепсихологического исследования показывают, что в клинической картине болезни на первый план у больных выступали личностные расстройства, типичные для выбранных нозологических групп. Между исследованными больными не было существенных различий в возрасте и образовании.

Суммируя особенности процесса восприятия, свойственные нашим испытуемым, отметим, что большинство из них (как в норме, так и в патологии) при предъявлении карточек-картинок выдвигают гипотезы. Первоначальное предположение может развиваться, дополняя или уточняя некоторый сюжет, или заменяться новым. При восприятии структурных картинок испытуемые пытаются определить, на что могут быть похожи изображения. В среднем на каждую картинку больными формируется примерно в 1,5 раза больше гипотез, чем в норме. Однако в условиях "глухой" инструкции не все испытуемые стремятся содержательно интерпретировать картинки. Одни ограничиваются перечислением отдельных элементов

изображения, другие отказываются от выполнения задания, ссылаясь на его "бессмысленность". Формальные ответы составляли в норме 15%, у больных эпилепсией — 10%, у больных шизофренией — 16%.

В условиях варианта *А* процесс восприятия не обусловливался экспериментально заданной мотивацией. Тем не менее деятельность испытуемых в целом направлена на содержательную интерпретацию картинок и реализуется процессом выдвижения гипотез. Это заставляет предположить, что наше задание актуализировало какие-то мотивы, существующие у испытуемых потенциально, в форме своеобразной готовности, установки. Таким мотивом мог быть прежде всего "мотив экспертизы", который всегда актуализируется в психологическом эксперименте; являясь моделью частных ситуаций, эксперимент (особенно в клинике) испытывает влияние со стороны более широких жизненных отношений. Адресуясь к личности испытуемого, его уровню притязаний, самооценке, он придает любому психологическому исследованию "личностный смысл". Эта особенность экспериментальной ситуации подчеркивалась еще К. Левиным, считавшим, что именно наличие у испытуемого определенного отношения создает саму возможность объективного психологического исследования. Наряду с "мотивом экспертизы" деятельность испытуемых побуждалась собственным мотивом восприятия (СМВ). Определяясь свойствами перцептивного материала, СМВ как бы присутствует в самом акте восприятия, побуждает к ориентировочной деятельности, направленной на исследование характера стимуляции. Отчасти благодаря действию СМВ предъявление картинок в условиях "глухой" инструкции вызывает процесс выдвижения гипотез.

Таким образом, деятельность испытуемых определялась влиянием двух мотивов — мотива "экспертизы" и СМВ. Эти мотивы находятся в иерархическом отношении: "мотив экспертизы" порожден и опосредован социальными и личными установками испытуемых. Он не только побуждает деятельность, но и придает ей личностный смысл*. Собственный мотив восприятия играет роль дополнительного стимула. Совместное действие обоих мотивов обеспечивало содержательную интерпретацию картинок. В ряде случаев смыслообразующая функция "мотива экспертизы" могла быть выражена недостаточно. В силу этого непосредственная цель деятельности — содержательная интерпретация — не приобретала самостоятельной

---

* Это не означает, что в отдельных случаях испытуемые не могли руководствоваться другими мотивами, тем не менее мы полагаем, что выделенный мотив является ведущим.

побудительной силы. Процесс интерпретации принимал тогда вид формальных ответов. Это явление наиболее ярко проявилось у больных шизофренией.

Качественно иные результаты были получены в вариантах *Б* и *В*, где введение инструкций-мотивов создавало определенную направленность деятельности.

Прежде всего отметим изменение в отношении к эксперименту. В норме это выразилось в том, что у испытуемых появился интерес к заданию и оценке экспериментатора. Изменился и характер формулировок гипотез — они стали более развернутыми, эмоционально насыщенными. Центральное место в описании сюжетных картинок занимает теперь раскрытие внутреннего мира персонажей. Изображения создают у испытуемых некоторое эмоциональное впечатление, приводящее к образности гипотез. Исчезают формальные ответы.

У больных эпилепсией изменение инструкции привело к полному переструктурированию деятельности. Больные с энтузиазмом приступают к заданию, подолгу с удовольствием описывают картинки. Резко сократилось количество формальных высказываний. Гипотезы становятся значительно более эмоциональными, часто сопровождаются пространными рассуждениями. В своих ответах больные не столько дают интерпретацию картинок, сколько стремятся продемонстрировать свое отношение к событиям или персонажам. Часто это достигается путем приписывания героям определенных ролей. Длинные витиеватые монологи героев комментируются "автором", вместе с предположением о сюжете дается оценка действующим лицам или событиям. Гипотезы превращаются в "драматические сценки". Употребление прямой речи, напевная интонация, иногда ритмизация и попытка рифмовать придают ответам исключительную эмоциональность. Приведем для иллюстрации выписку из протокола больного Г-ова.

Больной Г-ов Е.К., 1939 г. рождения, по образованию зоотехник. Диагноз: эпилепсия с изменениями личности. Болен с 1953 г., когда появились первые судорожные припадки. В последние годы отмечались ухудшения памяти, дисфории, раздражительность. Для мышления больного характерны конкретность, склонность к детализации. Контактен, к исследованию относится заинтересованно, сообщает, что "всегда любил фантазировать".

При предъявлении карточек с нечетким изображением отражения света фар на мостовой говорит: "Наступает вечер, собираюсь я гулять и только ожидаю, как милую встречать, идем мы в парк, чтобы потанцевать. И встречаюсь я с ней и — к любимому месту, где встречались, недалеко от парка, где люстры отражались".

Некоторые изменения наметились и в деятельности больных шизофренией. В частности, по сравнению с предыдущим вариантом вдвое уменьшилось количество формальных ответов, у некоторых больных удалось создать направленность на раскрытие содержа-

тельной стороны картинок. Тем не менее у 30% больных сохранились формальные констатации и отказы. У больных шизофренией не отмечался тот выраженный комплекс эмоциональных реакций, который характеризует именно *деятельность*.

Результаты, полученные в варианте *В* ("интеллектуальная инструкция"), показали, что деятельность здоровых испытуемых принимает вид развернутого решения перцептивной задачи. Происходят поиск "информативных" элементов изображения, их сопоставления, построение и проверка гипотез. Формальные описания, неадекватные гипотезы встречаются лишь при затруднениях в определении содержания картинок и составляют промежуточный этап в интерпретации. Приведем ответ одного из наших здоровых испытуемых на карточку с изображением группы чем-то взволнованных женщин.

"Первое, что бросается в глаза, — это лицо женщины, возможно матери. Оно светится безысходностью. К ней тянется мальчик, лицо его сходно с выражением лица женщины, матери. Справа пожилая женщина, возможно мать. Она что-то говорит, успокаивает... Пятно на спине у мальчика... кровь? Тогда можно объяснить, почему так отчаянно смотрят люди... Почему на первом плане женщины с детьми, а мужчины в стороне? Если бы это было столкновение, то почему с женщинами и детьми? В то же время голова мальчика очень естественно лежит на плече женщины, так что эта версия отпадает... Скорее всего, это момент, когда у людей отнимают что-то очень дорогое. Возможно, из дома выселяют... С другой стороны, из-за дома так не страдают. Возможно, что-то случилось с мужчинами... Да, мне кажется, это вокзал, и мужчин куда-то увозят, поэтому у женщин такие лица".

Сформулированная испытуемым гипотеза является, таким образом, итогом длительного поэтапного процесса рассуждений.

Представляет интерес сравнение этих данных с результатами исследования больных эпилепсией. Больные придавали большое значение экспериментальному исследованию, относились к заданию как к своеобразной "экспертизе ума". Предъявление картинок вызывает обстоятельное, детализированное описание изображений. При этом наряду с информативными элементами, на основе которых может быть построена гипотеза, привлекаются детали, не несущие никакой смысловой нагрузки.

Больной Леб-в, 1930 г. рождения, образование 7 классов. Диагноз: эпилепсия травматического генеза с изменением личности по эпилептическому типу. Психический статус: вязок, инертен, многоречив, обстоятелен, склонен к резонерству.

Приводим высказывания больного при предъявлении уже упоминавшейся картинки.

"На этой картинке изображены несколько человек. Слева стоит женщина, около нее другая. Волосы темные у нее. Она сложила руки на груди

и плачет. К ней бежит мальчик, поднявши руки, вроде успокоить хочет... Сзади мальчика женщина держит ребенка, или он на чем-то сидит, прижался к ней, обняв ее правою рукой... В левом углу еще две женщины стоят..." и т.д.

Приведенный пример хорошо показывает, как деятельность, вначале направленная на содержательную интерпретацию картинки, превращается в скрупулезное описание отдельных ее фрагментов. В некоторых случаях это тормозит процесс выдвижения гипотез, приводя к возникновению формальных ответов.

Иной вид имеет деятельность больных шизофренией. Несмотря на "интеллектуальную" направленность исследования, больные не проявляли интереса к заданию, не реагировали на оценку экспериментатора, не корригировали свои ошибки. Деятельность больных характеризуется чрезвычайной свернутостью, отсутствием поисковой активности, столь выраженной в норме. Высказывания больных крайне лаконичны, малоэмоциональны и в основном лишь обобщенно констатируют некоторое сюжетное или предметное содержание картинок: "Какое-то несчастье", "Человек задумался".

Анализ результатов исследования в вариантах *А*, *Б*, *В* позволил установить следующее. Изменение мотивации обусловливает разную структуру деятельности, в соответствии с чем изменяется место и содержание процесса восприятия. С введением смыслообразующих мотивов образуется новая митивационная структура, разная в норме и патологии.

В варианте *Б* собственный мотив восприятия побуждал к содержательной интерпретации картинок. В то же время указание на исследование воображения придавало деятельности и реализующим ее действиям вполне определенный смысл. В норме новая мотивация накладывала своеобразный отпечаток на деятельность испытуемых. Восприятие — процесс выдвижения гипотез — занимало в ее структуре место *действия*, приобретало как бы субъективную окрашенность. В то же время оказалось, что данный мотив обладает ограниченной смыслообразующей силой; воображение не являлось ведущим типом деятельности, а используемый мотив в личностной структуре занимал периферическое место.

Иными оказались данные варианта *В*. В условиях "интеллектуальной" инструкции деятельность здоровых испытуемых побуждалась как собственным мотивом восприятия, так и экспериментально созданной мотивацией. Происходил сдвиг мотива на цель, в результате чего процесс выдвижения гипотез отвечал теперь не только объективной цели задания, но и мотиву. Можно предположить, что подобный эффект стал возможным благодаря использованию мотива, который в структуре личности человека занимает одно из ведущих мест и обладает большой социальной значимостью.

Иная картина отмечалась нами в патологии. У больных эпилепсией в варианте *Б* (исследование воображения) деятельность была направлена прежде всего на передачу своего отношения, эмоционального впечатления. Интерпретация картинок не выступала в качестве цели, зато мотив становился самоцелью. Новая мотивация порождает новый вид деятельности — собственно фантазирование. Это говорит об иной по сравнению с нормой структуре мотивов; ведущим смыслообразующим мотивом является мотив воображения. Включенный в деятельность воображения процесс восприятия реализуется особым типом гипотез — гипотезами драматизации.

В варианте *В* ("интеллектуальная инструкция") деятельность больных эпилепсией детерминировалась заданной мотивацией и была направлена на содержательную интерпретацию картинок как на свою цель. В то же время у ряда больных эта деятельность приобретала специфические черты. Сочетание инертных способов действия с застреванием на средствах построения гипотезы приводило к тому, что процесс восприятия переставал отвечать объективной цели задания. Изменялась структура всей деятельности, восприятие начинало занимать в ней место *операции*. Сам процесс восприятия характеризовался уже не выдвижением гипотез, а формальным описанием отдельных элементов изображения.

Изменение инструкций в вариантах *Б* и *В* не приводило к перестройке мотивационной сферы больных шизофренией. Задание не выступало для них как исследование творческих или интеллектуальных способностей, не приобретало субъективного, личностного смысла. При наличии содержательной интерпретации картинок деятельность побуждалась главным образом СМВ. В этом случае, отвечая цели экспериментального задания, процесс восприятия занимал в структуре деятельности место *действия*.

Однако СМВ обладает ограниченной побудительной силой и сам по себе не выполняет смыслообразующей функции. Поэтому деятельность, направляемая исключительно СМВ, скоро распадается. Процесс восприятия принимает вид формальных описаний элементов изображения, наблюдается процесс преобразования действия в *операции*. Мотивы, обладающие в норме смыслообразующей силой, становятся нейтральными у наших больных. Апелляция к "творческим интеллектуальным способностям", высоко оцениваемым больными в преморбиде (почти все из них имели среднее или незаконченное высшее образование), как бы теряет свой личностный смысл. Подобное явление можно связать, по-видимому, с нарушением смыслообразующей функции мотива у больных шизофренией (Б.В. Зейгарник, М.М. Коченов).

Проведенное исследование показало, что восприятие существенно зависит от структуры деятельности, которая реализуется субъ-

ектом. Особая роль принадлежит ее мотивационному (личностному) компоненту, определяющему направленность, содержание и смысл перцептивного процесса. Если в норме изменение мотивации приводит к переструктурированию деятельности, причем характер восприятия обусловливается ведущим, смыслообразующим мотивом, то процесс смыслообразования в патологии отличается рядом особенностей. У больных шизофренией, например, он настолько затруднен, что не удается экспериментально сформировать деятельность больных. У больных эпилепсией, напротив, можно отметить необычайную легкость, с которой экспериментально созданный мотив становится смыслообразующим. Эти особенности процесса смыслообразования накладывают отпечаток и на восприятие. Так, больные шизофренией в условиях по-разному мотивированных деятельностей лишь формально описывают структуру картинок, не выдвигая гипотез относительно сюжета или объекта изображения. Для больных эпилепсией характерна гиперболизация смысловых образований, приводящая к возникновению гипотез драматизации. Проведенное исследование показало, как изменение мотивационного компонента изменило структуру восприятия.

Эти выводы позволяют предположить, что некоторые нарушения восприятия могут явиться, по существу, проявлением нарушений мотивационной сферы. Данные исследования имеют и общетеоретическое значение: они экспериментально показывают, что любой психический процесс является формой деятельности, опосредованной, мотивированной.

С.Я. Рубинштейн

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБМАНОВ СЛУХА*

Обманы слуха, иллюзии и галлюцинации чаще всего наблюдаются при психических заболеваниях. Поэтому они изучаются психиатрией. Однако вопрос о формировании галлюцинаторных образов имеет значение и для общей психологии — как часть проблемы формирования образов. И далее вопросы о достоверности показаний одного из органов чувств человека и об условиях возникновения ошибок восприятия приобретают, в аспекте ленинской теории отражения, некоторое философское значение. Таким образом, анализ обманов слуха оказывается как бы на стыке трех наук — психологии, психиатрии и философии.

Основные направления научных поисков были следующими.

---

* См.: Вопросы патопсихологии. М., 1970.

Прежде всего и больше всего изучалось, какие именно болезни приводят к тем или иным видам обманов чувств. Таких работ больше всего публикуется и до последнего времени. Эти совершенно необходимые феноменологические описания завершаются обычно дифференциацией и классификацией различных видов обманов чувств. Затем изучалась локализация патологического процесса в нервной системе. Выявилось, что обманы слуха возникают как при поражении периферических отделов органа слуха, так и при поражении подкорковых образований и корковых центров, в частности височных отделов коры. Обсуждался вопрос о том, какие нервные процессы (возбуждения или торможения) вызывают галлюцинации. Несмотря на обширное исследование Е.А. Попова, выдвинувшего тормозную теорию галлюцинации, вопрос так и остался спорным. Интересны суждения В.К. Кандинского, утверждавшего, что при галлюцинациях наблюдается сочетание двух процессов — возбуждение чувствующих центров и тормозное состояние всей передней коры мозга. Все это — исследования состояния нервной системы галлюцинирующих больных.

Ближе к психологии стоят исследования, направленные на квалификацию психических расстройств больных при галлюцинаторных явлениях. Делались многочисленные попытки квалифицировать их в понятиях функциональной психологии. Обсуждались — и до сих пор остаются спорными версии о том, являются ли обманы слуха расстройствами восприятия или ошибками суждений, патологией памяти или воображения. Одна из наиболее древних, но господствующих до сих пор теорий гласит, что галлюцинаторные образы возникают вследствие интенсификации представлений. Согласно этой теории, представления как образы воспоминания являются более слабыми раздражителями, чем реальные объекты. Благодаря парадоксальной фазе, возникающей в коре головного мозга, они производят действия более сильные, чем восприятия реальных предметов, и становятся галлюцинациями.

Разумеется, представления участвуют в построении всякого образа, как правильного, так и неправильного. Но вряд ли можно рассматривать представления как раздражители, конкурирующие по силе с реальными объектами восприятия. Подлежит объяснению само возникновение тех или иных представлений. Ведь не хранятся же все они в сознании, или, по мнению Е.А. Попова, в подсознательном, как вещи на складе, ожидая своего часа, чтобы усилиться и превратиться в галлюцинации. Клинические наблюдения показывают, правда, что просоночные состояния (в частности, в вечерние часы перед засыпанием) способствуют выявлению галлюцинации, как впрочем и любой патологии. Но объяснить парадоксальной фазой само возникновение представлений и их превращение в галлю-

цинации трудно. Теория интенсификации представлений не объясняет механизма возникновения галлюцинаторных образов. Между тем она преподносится в учебниках психиатрии вплоть до 1968 г.

Исследовались также проявления эйдетизма и удлинение последовательных образов у галлюцинирующих больных. К тому же ряду исканий следует отнести очень важные исследования порогов слуховой чувствительности галлюцинирующих больных (М.С. Лебединский, В.Б. Азбукина, Н.Р. Баскина и Е.Ф. Бажин). Данные их пока противоречивы, но интересны и тоже характеризуют особенности психики больных, страдающих галлюцинациями.

Таким образом, изучались феноменология обманов слуха, вопросы их локализации и патофизиологии, а также различные виды патологии психики больных, страдавших галлюцинациями. Но почти не была предметом исследования деятельность людей в то время, когда у них возникают обманы слуха. Именно это и стало предметом данной работы, начатой в 1951 г. Была поставлена задача выяснить роль деятельности больных, конкретнее, деятельности прислушивания в механизме формирования галлюцинаторных образов. Для построения гипотезы были использованы еще некоторые факты, а именно следующие. Прежде всего описания галлюцинаций у здоровых людей. Так, были известны сделанные немецкими авторами описания галлюцинаций слуха у заключенных в одиночные камеры. Описывались также галлюцинации у военнослужащих при затянувшихся пребываниях на посту, во фронтовой обстановке. В последнее время число таких описаний увеличивается. Даже на XIX конгрессе психологов в Лондоне докладывали о галлюцинациях у людей, работающих под водой. Во-вторых, данные физиологов — главным образом Г.В. Гершуни, А.Т. Пшонника, С.Л. Левина, Ф.Т. Майорова — о патогенной роли слабых раздражителей. Особенно важны не столько субсенсорные раздражители, сколько слабые или слабеющие, ослабляющиеся.

Эти данные, а также некоторые эксперименты Б.М. Бехтерева, С.П. Рончевского, А.М. Халецкого позволили сформулировать следующую гипотезу. *В патогенезе, то есть в механизме развития галлюцинаторных слуховых образов, или иначе обманов слуха, существенную роль играет тревожное прислушивание людей к звукам, особенно к плохо различимым.*

В соответствии с гипотезой была разработана экспериментальная методика исследования. Под предлогом проверки слуха испытуемым предлагалось прислушиваться к тому, что будет слышно в комнате, определить и сказать, что именно слышно. И инструкция, и редкие реплики экспериментатора произносились очень тихо, и это, как правило, "заражало" испытуемых: они тоже сообщали о том, что слышно, тихим голосом. Звуки воспроизводились с помо-

щью магнитофона, смонтированного так, что в комнате стоял только репродуктор, а сам магнитофон в другом помещении. Полной звуковой изоляции экспериментальной комнаты достигнуть не удалось, поэтому опыты производились только зимой и только рано утром, пока в помещении было тихо. Если помехи все же возникали, они отмечались, разумеется, в протоколе. Звуки были записаны в студии звукозаписи на одинаковом уровне громкости (15 децибелл). На первой половине ленты были записаны однотонные, длящиеся на протяжении 55 секунд, с перерывом в 5 секунд, звуки (перелистывание страниц книги, булькание воды, тикание часов, шум дождя, трение металлических пластинок, дыхание человека, морской прибой и т.д.). На второй части ленты были иные предметные звуки: кашель, стук в дверь, бой часов, шаги, всплеск воды, свист, всхлипывание и др. Они звучали коротко, на фоне тишины, аритмично во времени. Опыт продолжался 25 минут. Все звуки воспроизводились очень тихо, на пределе различения, и длительное напряженное прислушивание создавало функциональную перегрузку слухового анализатора. В этом существенная особенность методики. Она давала возможность: 1) оценить, насколько хорошо (т.е. быстро и правильно) испытуемый распознает звуки по их предметному источнику и 2) проследить, как влияет на качество слуховых восприятий и на психическое состояние испытуемого напряженное прислушивание.

Данное сообщение содержит обработанный материал только четырех групп, всего 175 испытуемых, т.е. части всего материала.

Здоровые	Реактивные состояния, в том числе истерические, галлюцинаторно-панароидные, депрессивные	Больные шизофренией с синдромом вербального галлюциноза	Перенесшие алкогольные психозы
25	56	48	46

Результаты исследования

Первая группа — здоровые. Во время исследования здоровых испытуемых обманов слуха не возникало. Так же обстояло дело при исследовании здоровых студентов аналогичной методикой, проведенном И.Л. Баскаковой.

В процессе узнавания предметного источника звуков наблюдалась обычно смена гипотез — большей частью две или три разные гипотезы по поводу одного звука с окончательным приближенно-правильным узнаванием. В этих гипотезах очень отчетливо отражался личный трудовой и житейский опыт каждого испытуемого.

Так, например, звук трения алюминиевых бобин — звон — был воспринят разными испытуемыми так: 1) "Шум... шумит... как это объяснить... как будто где-то работает станок... я училась на то-

каря... нет, это шлифовка... это звенит что-то"; 2) "Что-то как будто кипит такое... чайник или самовар... так делает: з-з-з-з... звенит как будто"; 3) "А это с бубенцами... кто-то едет венчаться, из церкви везут... звенит так"; 4) "Жесть какая-то... колеблется жесть и звенит".

Во время звука грохота (записано перекатывание деревянного шарика по столу) молодая женщина рассказывает: "Как будто концертный зал наполняется публикой, хлопают кресла, шаркают ногами люди... нет, не так, это что-нибудь столярное работают, грохочет что-то". В звуке, похожем на сирену, сельский житель может узнать рев коровы, но потом исправляет себя и говорит: "сирена".

После первых ошибочных или неточных гипотез здоровые испытуемые, как правило, переходили к более или менее обобщенным: могли сказать "вода капает" или определить более точно — "дождь идет". *Оба ответа считались правильными.* Некоторые, в соответствии с общеизвестными типами восприятия, определяли звук скупо и обобщенно, другие слегка фантазировали по поводу слышанного.

В психологии имеется большое количество исследований, посвященных процессу формирования зрительных образов в норме и патологии. Частичное их обобщение содержится в монографии М.С. Шехтера, в исследованиях В.П. Зинченко, Д.А. Ошанина, диссертациях Е.И. Богданова, В.И. Волкова. Есть данные о формировании слухового образа слова (А.Р. Лурия, Э.С. Беин, Р.Г. Левин), звуков речи (исследования А.Н. Леонтьева, О.В. Овчинниковой, Ю.В. Гиппенрейтер, В.П. Критской), но мало изучено формирование предметных слуховых образов. Между тем в практической трудовой деятельности ориентировка человека в предметном источнике звуков играет существенную роль. По звукам человек узнает о присутствии и действиях других людей, в труде распознает неисправность машины; врач, выслушивая больного, оценивает состояние здоровья его органов и т.п.

Вопрос о восприятии предметных звуков здоровыми людьми мог бы представить самостоятельный интерес, но пока, в данном сообщении, восприятия здоровых использованы только как контрольный материал.

Интерес представили при исследовании здоровых испытуемых лишь следующие факты.

1. 78% звуков здоровые опознали правильно. Этот процент не должен казаться низким, напротив, ведь звуки воспроизводились на пределе возможного различения. Число высказанных гипотез было велико — оно было большим, чем во всех остальных группах испытуемых. Но, к сожалению, этот показатель представляется все менее и менее существенным для анализа слуховых восприятий.

Количество гипотез отражает часто личностное отношение испытуемого к ситуации эксперимента, заинтересованность в нем, а

также индивидуальную степень психической активности. Вероятно, более продуктивным окажется качественное деление гипотез по степени их предметности.

Обратил на себя внимание один факт. Среди испытуемых оказался вначале один безупречно здоровый в психическом отношении человек, который, правильно опознавая звуки, утверждал, что слышит их с совершенно противоположной репродуктору стороны. Затем таких, ошибочно локализующих источник звука, оказалось пятеро. Все они при расспросах сообщили, что вследствие перенесенных в детстве заболеваний, они слегка хуже слышат одним ухом. Практически же это были люди нормально слышащие.

Нарушения бинаурального эффекта выявляются обычно очень тонкими методиками, а ошибки локализации измеряются сантиметрами. В наших опытах дело обстояло так, что могли выявиться лишь очень грубые нарушения бинаурального эффекта. Источник звука находился не по центру, как это обычно делается, а справа от испытуемого. Таким образом улавливались лишь очень грубые ошибки. Интересна сила этой ошибки восприятия. Одна из испытуемых, психолог, с односторонним ослаблением слуха отлично знала методику еще до эксперимента и знала, что звуки передаются из стоявшего перед ней репродуктора. В начале опыта локализовала источник звука правильно, но затем "пришла к выводу", что специально для нее, видимо, методику изменили и упорно локализовала источник звука ошибочно, т.е. слышала его сзади. Такие ошибки выявились у пяти здоровых испытуемых (разумеется, подсчитанных в сводке отдельно) и в дальнейшем выявлялись у больных. Об этом позже.

2. В группу реактивных состояний вошли истерические реакции, реактивные депрессии и реактивные галлюцинаторно-параноидные синдромы. Разберем их поочередно.

Во время реактивных состояний истерического характера больные в начале эксперимента прислушивались и действовали так же, как и здоровые. Они узнавали в звуках то, что было им привычно и знакомо, или то, что волновало их и тревожило. Однако здоровые, как только что говорилось, исправляли себя, переходили от приближенных впечатлений и гипотез к правильному узнаванию. А больные во время реактивных состояний истерического характера как бы погружались в эту припомнившуюся им или вымышленную ситуацию. Так, один из больных, в прошлом моряк, вначале приблизительно правильно определял звуки, лишь изредка ошибочно узнавал в них события, бывающие на пароходе ("скребут палубу", "бьют склянки" и т.д.). Начал тяжело дышать, отвечал отрывочно, как сквозь сон. На 17-й минуте опыта, при звуке, похожем на си-

рену, вскочил со стула, выкрикивал слова команды, как бы участвуя в сцене морского боя, бегал по лаборатории, не реагируя на обращенную к нему речь, но продолжая описывать звуки. Другой больной, по профессии пожарник, начиная с 10-й минуты опыта, все звуки воспринимал как сцену тушения пожара, "слышал", как плакали погорельцы, как ломали ломом стену и заливали огонь водой из рукава. От волнения больной во время опыта охрип, потерял голос. Одна из больных в звоне стекла узнавала "церковные колокола" и, опустившись на колени, проникновенно молилась; другой больной принял шелест бумаги за стрельбу пулемета, кричал, командовал. В тихом звуке "всхлипывания" очень многие узнавали голоса своих близких, волнуясь, требовали немедленного свидания с ними.

Подобные переживания настолько охватывали больных, что все последующие звуковые раздражители могли быть расценены ими объективно. Они как бы "подтягивались" к ситуации, искаженно воспринимались больными в плане конкретной, овладевшей ими, ситуации. Погружение больных в эту воображаемую ситуацию иногда достигалось путем некоторого самовзвинчивания, иногда происходило по типу грез. Однако внешние двигательные и мимические проявления больных, их интонации, смех, слезы и возгласы свидетельствовали об известной глубине и целостности этих включений. Характеристика звуков, которую продолжали давать больные, носила иллюзорный характер.

Подобные явления расцениваются как кратковременные истерические трансы с двойной ориентировкой. Особенность описанных наблюдений в том, что они вызывались экспериментально. Именно в экспериментальной ситуации можно было с секундомером в руках измерять длительность подобных состояний, глубину погружения больных в эти состояния. Иллюзорные обманы слуха возникали в связи с объективно воспроизводившимися звуками.

Исследование больных во время реактивных депрессий не выявило у них обманов слуха. Но впервые обратила на себя внимание следующая особенность слуховых восприятий этих больных. Они слышали звуки, отмечали начало и конец каждого звучания, давали ему характеристики, но не могли узнать предметный источник звука. Так, больная говорит, что "это тихий ритмичный звук с постукиванием", но за 55 секунд так и не узнает тикание часов. Другой больной говорит, что "это ясный такой с блеском звук", но не узнает булькание воды. Между тем этот звук чаще остальных опознавался правильно.

И еще одно наблюдение впервые было сделано в этой группе больных, но потом оказалось частым явлением. Заключалось оно в особом "запаздывающем узнавании". Так, например, воспроизводится звук дыхания. Затем следует, допустим, трение металла, тикание часов и булькание воды. Так вот больной в этом булькании воды вдруг ошибочно "узнает" совершенно непохожий на него звук

дыхания. Это "запаздывающее узнавание" — явление, несомненно, родственное эйдетизму. И этого можно было ожидать. Многие авторы, в том числе и Е.А. Попов, сближали эйдетические и галлюцинаторные явления. Но обозначить, назвать этот феномен удачнее пока не удалось.

Следующее наблюдение относилось к больным, у которых клиницистами диагностировался галлюцинаторно-параноидный синдром (реактивного происхождения). У этих больных в процессе прислушивания к звукам наблюдалось чередование их правильного восприятия с искаженным, преимущественно с вкраплением вербальных галлюцинаций. Так, например, больная М. во время исследования при звуках перелистывания страниц книги начинает произносить слова в ритме шелеста бумаги: "Ты дрянь... ты дрянь... тебя... тебя..." и объясняет: "Так они говорят". При последующих звуках в ответах больной также чередуются описания звуков с повторением слов слышимых галлюцинаторно. Обращает на себя внимание зависимость этих слов от фактически звучащих или слышимых ею звуков. Так, например, раздаются звуки ударов по стеклу. Больная описывает их так: "Звон, точно в церкви, в немецкой кирхе... На кладбище звонят". Слушая следующий затем звук, больная повторяет: "Кто-то сказал, что я на кладбище нахожусь". При звуке журчания воды больной повторил услышанные им слова: "Пойдем, поплаваем" — и в ответ на вопрос экспериментатора: "Что это?" — невозмутимо объяснил: "Так слышно... какой-то человек кого-то приглашает". Больная В. при звуках уличного шума говорит: "Снова слышу шум, не пойму, что — может быть поезд?" — и далее произносит тоном угрозы, повторяя слова, которые ей сказали: "Я тебе дам поезд — так говорит кто-то".

Обманы слуха этой группы больных дают основание для некоторых теоретических размышлений. Зависимость слов, которые больные слышали, от реальных звуков выступала в этой серии экспериментов довольно отчетливо. Согласно общепринятому в психиатрии представлению, такие галлюцинации следует отнести к функциональным, т.е. к восприятиям без объекта, но возникающим в связи с внешним звуковым раздражителем. В.А. Гиляровский в своей монографии указывал, что "случаи функциональных галлюцинаций редки, и из них трудно делать какие-либо общие выводы, касающиеся возникновения галлюцинаций". Между тем нам представляется вероятным, что редкостью являются не сами функциональные галлюцинации. Редкостью являются те случаи галлюцинаций, в которых их "функциональный" характер удается обнаружить при простом наблюдении без специальных экспериментальных методов исследования. Действительно, слишком слабые, быть может, пресенсорные раздражители окружающей обстановки могли остать-

ся незаметными для наблюдающих за галлюцинантом психиатров. Но они могли играть значительную роль в возникновении галлюцинаторных образов.

В статье о галлюцинациях И.Н. Введенский писал: "Деление обманов чувств на иллюзии и галлюцинации со времен французского психиатра Эскироля общепринято в психиатрии, но до известной степени условно... не только в области мало дифференцированных ощущений запаха, вкуса, осязания, но и в отношении высших чувств — зрения и слуха, нельзя вполне исключить наличие слабых внешних раздражений..." Анализ экспериментальных и литературных данных подтверждает правильность теоретических предположений И.Н. Введенского.

Строгое различение иллюзий как "искаженных восприятий" и галлюцинаций, сформулированное Эскиролем, прочно вошло во все учебники психиатрии, но теоретически и практически оно кажется спорным. Введено оно, кстати, впервые Иоганном Мюллером.

Экспериментальные данные, полученные при исследовании двух следующих групп больных, дают дополнительные основания для рассмотрения этого вопроса.

3. В 1966—1968 гг. было проведено совместно с доктором медицинских наук О.П. Вертоградовой исследование больных шизофренией с синдромом вербального галлюциноза. Это были больные, у которых шизофрения развивалась на органически измененной почве. В период исследования большинство больных было в состоянии дефекта. Результаты исследования этой группы больных таковы — у значительной части, но далеко не у всех, эксперимент вызывал *усиление* вербальных слуховых обманов. Это усиление вербальных галлюцинаций становилось особенно выраженным по мере утомления и усиления тревожности больных в процессе прислушивания. Иногда оно даже сохранялось короткое время после окончания эксперимента, но совершенно исчезало после перехода к исследованию больных другими методиками, т.е. к иному виду деятельности. Больные повторяли слова, которые якобы слышали, иногда отвечали на вопросы, реагировали возмущением, смехом, а иногда страхом на обращенные к ним голоса. Некоторые хохотали, но отказывались воспроизводить то, что слышали, объясняя, что это неприлично. Другие внезапно умолкали, но объясняли потом, что слышали голоса, запрещавшие им отвечать. Содержание того, что больные слышали в большинстве случаев, соответствовало тому, что они всегда слышали вне эксперимента, о чем было известно по клиническим наблюдениям. Мнимый источник звука оставался большей частью тем же. Происходило просто увеличение количества этих обманов, большее их обнаружение.

Так, например, больная Т. заболела шизофренией в 19 лет и вскоре у нее возник синдром вербального галлюциноза. В 26 лет она перенесла тяжелое желудочно-кишечное заболевание и с тех пор стала слышать голоса бранного содержания из своего живота. В период клинического наблюдения, перед экспериментом, вербальный галлюциноз у нее сохранялся, но был мало выражен, незаметен. Во время эксперимента на 13-й минуте прислушивания больная стала очень тревожна и начала повторять "голоса", чередуя эти сообщения с очень плохо дифференцированными, но все же приближенно сходными трактовками звуков. Считала, что все это она слышит из своего живота. Другая больная П. во время эксперимента слышала множество слов, которые казались ей "вылетающими" из собственного рта (это так называемые речево-двигательные галлюцинации, описанные Сегла), и она пыталась рукой поймать, удержать эти слова, то и дело хватая себя рукой за рот.

Если раньше, т.е. в отрезок времени до эксперимента, в процессе клинического наблюдения, вербальный галлюциноз был относительно мало выражен и о нем можно было судить лишь по жалобам или редким признаниям больных, то во время эксперимента он обнаруживался очень явно. В некоторых случаях под влиянием терапии, перед самой выпиской, больные переставали слышать голоса, а во время эксперимента галлюциноз на время возобновлялся. У нескольких больных, которые были направлены на исследование до того, как клинически было установлено наличие вербальных галлюцинаций, эксперимент впервые провоцировал и обнажал их. Больные, обычно скрывающие свои галлюцинации, оказывались не в силах диссимулировать эти явления и впервые раскрывались.

Следует отметить, что отношения между проявлением галлюцинаций в клинике и в эксперименте не столь прямолинейны и постоянны. У некоторых больных во время эксперимента под влиянием прислушивания галлюцинации не появлялись, а исчезали, т.е. не удавалось выявить даже обычных для них, наблюдавшихся в отделении, галлюцинаторных переживаний. Так, например, больной с острым дебютом шизофрении был настолько охвачен слуховыми вербальными галлюцинациями, что совершенно не отвечал на вопросы окружающих, оставался недоступным для своего врача. Будучи приведен в лабораторию, он очень охотно прислушивался к звукам, старательно пытался их узнать и удивил своего врача изменением психического состояния, своей, впервые возникшей доступностью. Очевидно, для некоторой небольшой части больных слушание реальных звуков создавало какое-то облегчение в отношении галлюцинаторных переживаний.

Зависимость между объективными раздражителями и галлюцинациями у этих больных обнаруживалась редко, несравненно

меньше, чем у больных во время реактивных состояний. Иногда эта зависимость обнаруживалась у недавно заболевших. У остальных галлюцинаторные образы носили какой-то застывший, однотипный характер. Каждый из этих образов был по своему оригинален и мало похож на образы другого больного. Но у одного и того же больного эти образы были довольно стереотипны, фиксированны. Процесс прислушивания провоцировал их усиление, редко и мало влиял на содержание.

Следовательно, при незначительной зависимости галлюцинаторных образов от реально слышимых звуков можно было бы считать, что эти галлюцинации являются "восприятиями без объекта". Однако анализ историй болезни и экспериментальных данных приводит к мысли, что "восприятия без объекта" генетически произошли из искаженных образов или иллюзий, но постепенно фиксировались, превратились в патологические стереотипы. Когда экспериментальная либо иная ситуация вынуждает больных прислушиваться — прислушивание, особенно тревожное и утомительное, то провоцирует у них эти фиксированные стереотипные, патологически привязанные к любым шумовым или интероцептивным раздражителям образы.

За это говорит и тот факт, что на начальных этапах заболевания шизофренией эксперимент провоцировал иллюзорную искаженную переработку реального звукового раздражителя, а на поздних этапах течения болезни — при наличии шизофренического дефекта — эксперимент провоцировал у каждого больного свой, присущий ему, фиксированный галлюцинаторный образ.

О возможности патологической фиксации галлюцинаторных образов и о том, что они могут как бы "привязываться" к разным источникам звука либо интероцептивным ощущениям, писал В.М. Бехтерев.

4. В последнюю группу вошли результаты исследования больных в период выхода из различных психотических эпизодов алкогольного генеза (делириозные состояния с вербальными галлюцинациями и собственно вербальный галлюциноз у алкоголиков, который стал предметом изучения в докторской диссертации А.Г. Гофмана). Эта часть работы проводилась совместно с ним. Особенностью слуховых восприятий этих больных была яркая предметная образность, сценичность представлений, возникавших в связи с теми или иными звуками.

В ряде случаев наблюдались синестезии. Больной говорил, что "звук пролетел завизжающий", говорил, что слышен "звон колоколов сиреневый". Другой говорил, что слышно три "желтых звука с хриповатостью" или "звук зигзагами".

Многие (10 человек) слышали музыку, песни. Этот факт интересен потому, что во многих клинических описаниях галлюцинаторных явлений у алкоголиков отмечено, что эти больные ошибочно слышат музыку, песни.

У некоторых больных во время эксперимента возникали сопутствующие слуховым восприятиям зрительные обманы. Так, например, один больной убеждал экспериментатора и врача в том, что не только слышал, но и видел, как вода стекала по стенке репродуктора, жестами показывал, где именно текла вода. Другой больной ошибочно услышал в звуке трения — песню, показывал рукой на поверхность репродуктора, описывал, как одеты певицы, описывал различный цвет платьев этих женщин. Больной X., который услышал звук грома и грохот летящего самолета, видел на поверхности репродуктора молнию. Только у пяти больных слуховые восприятия провоцировали зрительные обманы, но почти у всех можно было отметить сценичность, яркость, образность восприятия предметного источника звука.

Интересны в связи с этим наблюдения М.И. Мацкевич. Она исследовала с помощью той же методики и той же ленты слуховые восприятия галлюцинирующих больных старческого возраста. Оказалось, что в старческом возрасте звуковые раздражители провоцируют не только слуховые, но и зрительные и даже тактильные обманы.

Взаимодействия чувств, описанные С.В. Кравковым в норме, в патологии очевидно усиливаются, приобретают особый характер. Таким образом, исследование показало, что у всех больных длительное, напряженное, большей частью тревожное прислушивание к тихим звукам провоцировало различные обманы слуха.

И, наконец, о последнем, полученном в экспериментальном исследовании факте, который вначале казался каким-то побочным продуктом исследования, не предусмотренным гипотезой, но затем оказался наиболее значительным, интимно связанным с ней, подтверждающим самую главную мысль исследования.

У всех больных выявилось плохое качество слуховых восприятий. Это можно было установить по следующим признакам: 1) большое количество звуков, в том числе самых явных и определенных, больные не опознавали; они отмечали начало и конец звучания, давали иногда характеристику звука, но не узнавали его; 2) плохое узнавание звуков проявлялось также в скудности и однообразии гипотез; какое-то "шорканье", "шум какой-то" — заявляли многие больные относительно всех, или почти всех, звуков подряд; 3) плохое узнавание звуков сопровождалось ошибочной локализацией источника звуков, т.е. грубым нарушением бинаурального эффекта; больные слышали их из окна, сзади себя, сверху, из-за спины и т.д.; 4) многие ошибки в узнавании предметного источника звуков были вызваны ранее описанным явлением "запаздывающего узнавания".

Ухудшение качества слуховых восприятий было типично почти для всех больных. Правильно опознавалось лишь 40% звуков. Сле-

дует подчеркнуть, что наши данные свидетельствуют не о повышении порогов слуховых ощущений (хотя это не исключено), но о недостатках слуховых восприятий, т.е. распознавания предметного источника звуков. Плохое восприятие предметных звуков, своего рода агнозия звуков, вынуждает больных при необходимости ориентироваться в окружающей обстановке, постоянно напряженно прислушиваться, так же как это вынуждены делать постепенно теряющие слух люди. Эксперимент лишь провоцировал и усиливал это напряженное прислушивание и трудность адекватной ориентировки.

Таким образом, гипотеза как будто подтверждается: длительная функциональная перегрузка слухового анализатора в форме прислушивания к едва различимым предметным звукам играет значительную роль в провоцировании и выявлении слуховых галлюцинаций. Это дает основание считать, что слуховые обманы у психически больных возникают как сложный результат психической деятельности (прислушивания), осуществляемой человеком при определенной (разумеется) патологии нервной системы.

Выявилось также ухудшение качества слуховых восприятий у больных, своеобразная агнозия предметных звуков. Связь агностических и галлюцинаторных расстройств в области зрения экспериментально исследована и описана в монографии С.Ф. Семенова "Зрительные агнозии и галлюцинации". Роль различной патологии слухового анализатора в возникновении слуховых галлюцинаций отмечалась многими авторами. Некоторые придавали значение снижению слуха или воспалению среднего уха (В.М. Бехтерев), В.А. Гиляровский подчеркивал роль возникающих в ушах шумов; описаны А.С. Шмарьяном и другие галлюцинации при опухоли височной доли. Фактов много и они очень разнообразны. В то же время предположение о роли одних морфологических изменений того или иного отдела слухового анализатора не может объяснить появление слуховых обманов у здоровых лиц. Между тем гипотеза о роли тревожного прислушивания как бы скрепляет все эти факты. Она объясняет, почему и у здоровых людей (при дефиците ожидаемой информации), и у лиц с различными поражениями слухового анализатора (как периферическими, так и центральными) при затрудненном различение звуков возникают обманы слуха.

В заключение следует остановиться на вопросе о том, в чем принципиальное методологическое значение этого вывода о роли деятельности прислушивания больного человека для возникновения и провоцирования обманов слуха.

Он важен по следующим причинам. При всем разнообразии теорий о происхождении галлюцинаторных явлений в психиатрии эти явления рассматриваются обычно как непосредственный результат

той или иной патологии нервной системы. Следует оговорить, что речь идет не о причинах болезни — причину болезни действительно нужно искать в поражении нервной системы. Речь идет о причинах, обусловливающих возникновение ложного образа. Вот эти ложные образы, обманы слуха рассматриваются как продукт больного мозга. В этом толковании сохраняются отголоски физиологического идеализма. Между тем, по нашему мнению, одним из важных условий их возникновения следует считать процесс продолжающейся жизнедеятельности человека, обладающего больным мозгом. В отношении галлюцинации можно говорить о деятельности прислушивания.

Можно предположить, что гипотезу о роли деятельности больного человека правомерно отнести и ко многим иным психопатологическим явлениям.

Б.В. Зейгарник

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ*

Почти все больные жалуются на расстройство памяти. Франсуа де Ларошфуко высказал мысль, что люди часто жалуются на расстройства памяти, но никто не жалуется на недостаточность мышления. И это действительно так. Редко больные говорят о недостатках своего мышления, неадекватности суждений, но все замечают дефекты своей памяти. Это происходит отчасти потому, что признать свою несостоятельность в области запоминания не обидно, в то время как никто не проявляет столь высокой самокритичности по отношению к собственному мышлению, поведению, чувствам. Вместе с тем расстройства памяти являются действительно частым симптомом при заболевании мозга. Кроме того, ряд нарушений психической деятельности — нарушение работоспособности, мотивационной сферы — иногда выступают для самого больного и наблюдающих за ним как расстройства памяти.

Проблема расстройства памяти всегда стояла в центре психиатрических и патопсихологических исследований. Во-первых, потому что проблема памяти наиболее разработана в классической психологической литературе и, во-вторых, потому что мнестические нарушения являются часто встречающимся синдромом.

И.М. Сеченов указывал на то, что память является краеугольным камнем психического развития. "Учение о коренных условиях памяти есть учение о силе, сплачивающей, склеивающей всякое

---

* См.: *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М., 1986.

предыдущее со всяким последующим. Таким образом, деятельность памяти охватывает собой все психические рефлексы". Главную особенность человеческой памяти Сеченов видит не в фотографичности воспроизведения, не в "зеркальности" запечатления, а в переработке воспринятого, в классификации и сортировке воспринятых образов. Именно эта особенность является условием возможности психического развития. И.М. Сеченову принадлежат замечательные слова о том, что память является сложной обобщенной деятельностью: "Самые простые наблюдения убеждают нас в том, что знания в умственном складе у взрослого в самом деле распределены не зря, а в определенном порядке, как книги в библиотеке". Структура процесса запоминания и воспроизведения сложна, те особенности, которые присущи любой форме человеческой деятельности, — опосредованность, целенаправленность, мотивированность — относятся и к памяти (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, В.П. Зинченко, А.А. Смирнов, Л.В. Занков и др.). Поэтому и распад мнестической деятельности принимает различные формы благодаря переходу к "поуровневым" исследованиям психической деятельности человека (А.Н. Леонтьев). Изучение памяти как мотивированной, направленной, опосредованной деятельности является конкретизацией такого подхода.

Исследования, посвященные патологии памяти, идут в разных направлениях: а) клиническое направление (С.С. Корсаков, Ю. Грюнталь, В.А. Гиляровский, Р.Я. Голант, С.Г. Жислин, М.А. Марзаганова). Его представители связывали расстройства памяти с определенными синдромами, нозологическими единицами и не ставили перед собой задачи раскрытия их психологических механизмов; б) психофизиологическое и нейропсихологическое направления (В. Пенфилд, В. Сковилл и Б. Милнер, Ж. Барбизе, Л.Т. Попова, М. Климковский, Д. Талланд, А.Р. Лурия, Е.Н. Соколов, Л.П. Латаш, Н.К. Киященко и др.). В работах представителей этого направления содержится анализ психофизиологических основ памяти, изучается природа мнестических нарушений при очаговых поражениях мозга; в) психологическое направление, которое в основном рассматривает вопросы организации памяти и ее нарушений. Теоретические и методологические позиции, на которых базируются представители этого направления, крайне неоднородны, а порой противоречивы. К этому направлению примыкают работы ряда современных зарубежных авторов, ограничивающихся констатацией наличия или отсутствия организации запоминания при психических расстройствах (Г. Берксон и Г. Кантор, В. Осборн, В. Валлас и В. Андервуд и др.). К нему следует отнести исследования, синтезирующие основные понятия гештальтпсихологии с теоретико-информационными идея-

ми (Г. Спитз). В это же направление включаются и работы отечественных психологов, подвергающих анализу расстройства памяти с позиции теории о предметной деятельности (А.Н. Леонтьев, Г.В. Биренбаум, Р.И. Меерович, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия, Б.И. Бежанишвили, Л.В. Бондарева и др.).

Исследования патологии памяти важны в теоретическом отношении, так как они позволяют выяснить, какие структуры, факторы участвуют в протекании мнестической деятельности, и сопоставить данные о нарушенных звеньях мнестической деятельности с разработанной отечественными психологами системой взглядов на формирование процессов памяти.

Исследования расстройств памяти важны также для практических вопросов психиатрической клиники. Нередко данные о нарушении памяти, полученные при патологическом эксперименте, не совпадают с представлениями самого больного о характере своей мнестической деятельности. Например, больные жалуются на ослабление памяти, которое мешает им в работе, в то время как психологическое исследование этого нарушения не выявляет. И наоборот, некоторые больные успешно справляются со своими профессиональными обязанностями, требующими удержания материала, данные же психологического эксперимента обнаруживают расстройства мнестической деятельности. Анализ подобного несовпадения оказывается часто очень важным при решении экспертных вопросов, при трудовых рекомендациях, выборе коррекционных мероприятий. Они важны еще в том отношении, что помогают согласованию понятий психиатрии и психологии.

Эти факты свидетельствуют о том, что в основе нарушений памяти лежат различные факторы, которые должны быть подвергнуты психологическому анализу. Результаты их изучения могут оказаться полезными при установлении диагноза, разграничении синдромов и в практике восстановительной работы с больными.

В исследовании патологии памяти наиболее важными представляются следующие вопросы:

а) проблема строения мнестической деятельности опосредованного и неопосредованного, произвольного и непроизвольного запоминания;

б) вопрос о динамике мнестического процесса;

в) вопрос о мотивационном компоненте памяти.

Следует отметить, что не всегда удается вычленить в каком-нибудь определенном, частном амнестическом синдроме отдельно эти характеристики, большей частью они переплетаются; однако экспериментально удается нередко выделить ведущую роль того или иного компонента.

Анализ амнестического синдрома усложняется еще тем обстоятельством, что так называемые "ядерные" симптомы, вызванные

непосредственно болезненным состоянием мозга, сливаются со вторичными, наслаивающимися на них симптомами. Мысль Л.С. Выготского о переплетении так называемых "культурных" и "натуральных" функций психических процессов с особенной четкостью выявляется в нарушении памяти; экспериментальные исследования в этой области позволяют выделить преимущественно функциональную значимость этих симптомов.

Нарушение непосредственной памяти. Корсаковский синдром. Одним из наиболее исследованных расстройств непосредственной памяти является нарушение памяти на текущие события, при котором относительно интактным остается память на события прошлого, так называемый корсаковский синдром, который был описан известным отечественным психиатром С.С. Корсаковым при тяжелых алкогольных интоксикациях. Этот вид нарушения памяти часто сочетается с конфабуляциями в отношении текущих событий и дезориентировкой в месте и времени. Два последних признака могли быть слабо выражены, но первый всегда чрезвычайно выражен и составляет основной радикал этого страдания (забывание текущих событий).

Впоследствии оказалось, что корсаковский синдром может обнаружиться при других диффузных поражениях мозга неалкогольного генеза (К. Гампф, И. Делей) и также при поражении определенных ограниченных мозговых систем (В.М. Бехтерев, Ю. Грюнталь, Б. Милнер). Больные, у которых имеют место подобные амнестические явления, не помнят, как мы говорили выше, событий недавнего прошлого, но воспроизводят те события, которые были много лет назад. Так, подобный больной может правильно назвать события из своего детства, школьной жизни, помнит даты общественной жизни, но не может вспомнить, обедал ли он сегодня, посетили ли его вчера родственники, беседовал ли с ним сегодня врач и т.п. Если подобного больного спросить, навещали ли его сегодня родственники, нередко можно получить ответ: "Я не помню, но у меня в кармане папиросы — значит, жена приходила". Такие больные здороваются по нескольку раз, задают один и тот же вопрос, обращаются по многу раз с одной и той же просьбой, производят впечатление назойливых людей.

При анализе структуры корсаковского синдрома вставал вопрос о том, является ли забывание недавнего прошлого следствием дефекта воспроизведения или удержания материала.

Ряд экспериментальных данных свидетельствуют о том, что речь идет о плохом воспроизведении. Еще в 1911 г. Э. Клапаред описал интересные факты, выступившие у подобных больных. Э. Клапаред несколько дней подряд здоровался с больным, при этом незаметно для больного колол его при рукопожатии спрятанной иглой. Боль-

ной перестал подавать Э. Клапареду руку, но при этом не узнавал его, не помнил ни самого факта укола, ни того, что с ним здоровались.

А.Н. Леонтьев (1935) вырабатывал у подобных больных условный рефлекс на болевой раздражитель, хотя больные не помнили и не осознавали самого этого факта. Все эти данные говорят о том, что у больных нарушается процесс воспроизведения. В нашей лаборатории были поставлены следующие эксперименты с больным, у которого после тяжелого брюшного тифа развился корсаковоподобный амнестический синдром. Больной должен был в течение некоторого времени нажимать на кнопку при зажигании зеленой лампочки. На следующий день больной, введенный в кабинет, не только не помнил, что он вчера делал, но отрицал сам факт пребывания вчера в этом кабинете, не узнавал экспериментатора; однако, когда стала зажигаться лампочка зеленого цвета, он стал нажимать на кнопку и не производил этого действия, когда зажигалась лампочка другого цвета. Спрошенный, почему он это делает, больной удивленно пожал плечами, "не знаю". Эти и многие другие экспериментальные факты свидетельствуют о том, что процесс усвоения был у больного не нарушен.

О том, что при корсаковском синдроме наблюдаются затруднения процесса воспроизведения, а не слабость образования следов, говорят также данные школы грузинских психологов. Исследования Б.И. Бежанишвили, проведенные под руководством И.Т. Бжалавы, показали нестойкость, грубость, иррадиированность оптической установки больных корсаковским синдромом.

Эти данные согласуются с выводами А.Р. Лурия и Н.К. Киященко о том, что нейрофизиологическими механизмами корсоковского синдрома являются нарушения ретроактивного торможения, а не слабость следообразования.

Экспериментально-психологическое исследование непосредственной памяти обнаруживает низкое плато без наращивания.

Одной из примечательных особенностей при корсаковском синдроме являются конфабуляции, т.е. заполнение провалов памяти несуществующими событиями. Так, один из больных заявил, что он сегодня "ходил в лесок по грибы", другой заявил, что "он вчера был дома, на заводе, ему там устроили пышную встречу". Для иллюстрации приводим выписку из истории болезни больного Б-ка.

Больной Б-к, 33 года (доктор М.Т. Белоусова). Поступил в психоневрологическую больницу № 4 20/II 1944 г., умер 13/V 1944 г. В прошлом здоров. По характеру — живой, активный. 23/II 1943 г. ранен осколком мины в правую лобную область. Первые 14 дней после ранения состояние тяжелое, сознание спутанно, резкое двигательное возбуждение.

Рентгенограмма от 6/III 1943 г.: в лобно-теменной области справа определяется костный дефект размером 3×4 см. Разрушение лобной пазухи с проникновением костных и двух металлических осколков на глубину 1—4 см.

Психическое состояние: ориентирован неточно. Правильно называет год. Месяца и числа не знает. Во время беседы прежде всего обращает на себя внимание эйфория. Больной всегда пребывает в прекрасном настроении, его ничто не огорчает, все неприятности, неудобства, перенесенное ранение, болезнь кажутся ему незначительными и неважными. Он всегда широко улыбается, приветливо встречает врача, утверждает при этом, что чувствует себя "великолепно", что он совершенно здоров. Речь свою беспрерывно сопровождает громким смехом. Со смехом рассказывает о пребывании в психиатрической больнице, о своей неопрятности. Все эти факты считает незначительными и несущественными. Ранен он только в череп, а "мозг здоров". Он удивлен, почему его задерживают в больнице и "заставляют даром хлеб есть". Периодически он обращался к врачу с просьбой отпустить его домой, однако пребыванием в психиатрической больнице по существу не тяготится. Наряду с указанной эйфорией, которая наступает преимущественно в процессе беседы, в течение дня больной пассивен, лежит в постели молча, укрывшись с головой одеялом, не давая никакой реакции на окружающее.

Быстро, не задумываясь, отвечает на вопросы, однако ответы чаще носят случайный характер. На этом фоне выступают выраженные нарушения памяти на текущие события. Больной не помнит того, что он ел на завтрак, не помнит, какой вопрос только что задавал ему врач. Прослушав радиопередачу, больной не только не может рассказать ее содержание, но не помнит самого факта слушания радио. Точно так же он не помнит, что сосед по палате читал ему фельетон газеты. Во время беседы с экспериментатором больной нечаянно пролил чернила, испачкав рукав халата. На вопрос, откуда взялись чернильные пятна на столе и рукаве, больной отвечает: "Не знаю, вероятно, дали мне такой халат". Утверждает, что ходил сегодня в "рощу березовую гулять". Указанные конфабуляторные высказывания держатся стойко, больной повторяет их в одних и тех же вариантах, упорно и настойчиво отрицает факты, имевшие место в действительности. При этом больной помнит события и факты своей прошлой жизни, начало войны, год женитьбы.

Нарушения памяти больной не замечает, утверждая, что у него "прекрасная память".

За последние две—три недели усиливается вялость и аспонтанность, нарастает неврологическая симптоматика: выраженный двухсторонний симптом Кернига, ригидность затылка. Повышение коленных рефлексов больше справа. Больной оглушен, вял, медленно отвечает на вопросы. Несмотря на тяжелое соматическое состояние, по-прежнему утверждает, что чувствует себя "прекрасно". 13/V 1944 г. больной умер.

Патолого-анатомический диагноз: гнойный абсцесс в правой орбитально-лобной области с прорывом в правый боковой и 4-й желудочки мозга. Диффузный, преимущественно базальный лентоменингит, ограниченный пахименингит в местах дефекта лобной части.

Данные экспериментально-психологического исследованя больного Б-ка. Больной без всякой заинтересованности относится к эксперименту, выявилась нецеленаправленность действий больного. Он не может выполнять задания, требующего учета прежних действий. Так, классифицируя картинки, он образует много одноименных групп. Когда больной образовал

две группы животных и экспериментатор обратил его внимание на это, больной удивился: "А разве я уже собирал животных?" Задания же, не требующие запоминания только что совершенных действий, больной выполняет: объясняет правильно переносный смысл поговорки, метафоры, справляется с заданием "метод исключения", но спустя 3 минуты не помнит, что выполнял.

Выявляются грубые нарушения памяти: из 5 предъявленных слов он воспроизводит после 5-кратного повторения лишь последнее. Больной запомнил 1, 2, 0, 1, 1 слово. Применение опосредования (по методу А.Н. Леонтьева) ему не помогает. Из 10 слов он запомнил лишь 2 (хотя сам процесс опосредования ему в принципе доступен). Точно так же больной не может воспроизвести сюжет простого рассказа ("Галка и голуби").

Экспериментатор. Почему галка полетела к голубям?

Больной. А кто ее знает, захотела и полетела.

Экспериментатор. Может она, слышала, что у голубей хорошая пища была?

Больной. Может быть, галки прожорливые, но и голуби тоже любят поклевать.

Экспериментатор. Ну, а кто кого выгонял из гнезда? Кто перекрасился?

Больной. Никто никого не выгонял. Какая раскраска? Не понимаю, о чем вы толкуете?

Спустя 10 минут, больной отрицает сам факт исследования, говорит, что никогда не видел экспериментатора.

Часто нарушения памяти на события недавнего прошлого не достигают столь выраженной степени. Корсаковский синдром может проявиться в неточности воспроизведения слышанного, виденного, в неточности ориентировки. При этом возникает иногда ложное воспроизведение, без грубых конфабуляций: нередко больные сами замечают дефекты своей памяти, пытаются восполнить ее пробелы, придумав несуществовавший вариант событий. Таким образом, нарушение памяти на недавние события сочетаются у больных с недостаточной ориентировкой в окружающем; реальные события могут то отчетливо выступать в сознании больного, то переплетаются причудливо с неимевшими место событиями; невозможность воспроизведения информации настоящего момента приводит к невозможности организации будущего, по существу у больных нарушается возможность увязывания отдельных отрезков жизни.

Не случайно ряд ученых (А.Р. Лурия, В.А. Гиляровский) увязывают наличие корсаковского синдрома с нарушениями сознания. А.С. Шмарьян (1948) тоже указывал на то, что расстройства гнозиса пространства и времени являются одним из механизмов развития корсаковоподобного амнестического синдрома, наблюдаемых при тяжелых травмах мозга.

Особую форму приобретают расстройства памяти при корсаковском синдроме, если они развиваются на фоне выраженной аспон-

танности, т.е. грубых нарушений мотивационной сферы, активности, как это имеет место у больных с поражениями лобно-базальных отделов мозга. Наблюдая вместе с Ю.Б. Розинским (1948) подобных больных, мы выявили, что такие нарушения памяти обнаруживаются на фоне апатического и эйфорического состояний.

При апатическом состоянии деятельность больных оказывается лишенной произвольности, целенаправленности; для таких больных недоступен выбор, спонтанное переключение с одного предмета деятельности на другой, проявление инициативы, у них отсутствует потребность окончить начатое дело. При эйфорическом состоянии часто наблюдалась расторможенность, дурашливое поведение, расстройство критики.

Недостатки памяти больные восполняют конфабуляторными высказываниями. Мы наблюдали больных, которые вместо описания предъявляемых им рисунков рассказывали о чем угодно, но не о том, что в действительности было предложено. Им значительно легче было создать любой, несоответствующий ситуации вариант, чем адекватно сообщить о виденном или слышанном.

В силу дезориентировки у больных была нарушена адекватная оценка окружающего. Им было недоступно соотнесение прошлого и настоящего в плане временной характеристики событий. Приводим для иллюстрации историю болезни больного Е.

Больной Е., 1941 г. рождения, электромонтер (доктор Ю.Б. Розинский).

Анамнестические данные. Со слов родных, родился и развивался нормально. В детстве ничем не болел. По характеру всегда был общительным, живым, активным, инициативным. Учился хорошо, к учебе проявлял интерес. В 24 года больной женился, приобрел специальность электромонтера. Всегда очень активный, являлся примерным производственником. Дома — очень внимателен к родным, заботлив, мягок. Много времени проводил за книгами — "любитель почитать".

21 сентября (больной попал под поезд) был доставлен в Перовскую больницу, где пробыл по 25 сентября. Диагноз при поступлении: перелом основания черепа, ушибленная рана лба. После удаления сгустков крови в области лобной кости слева линейная рана длиной 5 см с рваными краями. Рана проникает до кости. Другая линейная рана на левой брови, длина ее 2 см. Под кожей черепного свода широкая гематома, занимающая лобную, почти половину теменной и височную область. Произведена операция. Напряженная твердая мозговая оболочка разрезана крестообразно. Из-под нее стали выходить сгустки крови и жидкая кровь. На рану наложены швы.

26 октября. Неориентирован; говорит, что травма была 4 года назад. Он родился в 1941 г., но ему 44 года. Соглашается, что тогда ему не может быть 44 года, "надо взять послужной список и посмотреть". Работал он "на этом, в котором говорили, лет 5". Месяц назвать не может: "сентябрь, октябрь, ноябрь — выбирайте любой".

Жену и дочь, пришедших к нему, не узнал. Во второе посещение через 2 недели его состояние было лучше, он узнал родных, но отнесся к их

приходу совершенно равнодушно, считал, что он находится дома, что родные не пришли, а находятся здесь с ним постоянно. Тотчас забывал все, что ему говорили и что говорил сам. Не высказывал никаких желаний, просьб. Совершенно равнодушно отнесся к уходу родных, ни о чем их не спрашивал.

21 ноября переведен в нервно-психиатрическую клинику Центрального института психиатрии.

Неврологический статус. Малоподвижен, застывает в однообразных позах, ходит мелкими шагами. Амимичен. Слегка уплощена левая половина лобной кости, там же костный дефект, видна пульсация. Правый зрачок неправильной формы, расширен, не реагирует на свет. Легкая асимметрия лица. Язык по средней линии. Легкая неустойчивость в позе Ромберга. Гиперкинезов нет. Брюшные рефлексы слева слегка ниже, чем справа. Сухожильные и периостальные рефлексы на верхних конечностях очень живые. Коленные и ахилловы равные, но повышенные. Патологических рефлексов нет.

Рентгенологическое исследование. Перелом свода основания черепа с равитием спонтанного пневмоцефалона на почве травматической порэнцефалии.

Исследование спинно-мозговой жидкости. Цитоз 152/3, белок 0,5%, реакция Нонне-Апельта положительная, реакция Вейхброда слабо положительная, реакция Ланге 11122100. Реакции Вассермана, Закс-Витебского, Кана — отрицательные.

Психический статус. Больной не ориентирован, вял, пассивно лежит в постели, не меняя позы. Амимичен. Будучи неопрятен мочой, может длительное время лежать в мокром белье, никогда сам ни о чем не попросит. На вопросы отвечает односложно, после длительной паузы, часто не отвечает совсем.

Данные психологического исследования и клинических наблюдений показали, что поведение больного, его ответы зависят от обстановки и конкретных вещей, среди которых он находится. Будучи введен в кабинет врача, подходит к столу, начинает разбирать на нем бумаги. Увидев раскрытую папку, закрывает ее. Заметив карандаш, берет его и начинает писать на лежащей перед ним папке или бумаге, или книге, наконец, просто на столе. Книгу, лежащую перед ним, берет и начинает читать. На вопрос о том, что там пишут, ответил: "Об авторе пишут".

На фоне подобного ситуационного поведения выступают грубые нарушения памяти. Больной не может воспроизвести события, относящиеся к периоду до травмы и после нее, так же, как факт самой травмы. Больной не запомнил сюжета рассказанного ему рассказа: "Что-то вы мне рассказывали". Из 10 слов после многократного повторения не запомнил ни одного: "А вы мне ничего не говорили". Не помнит имени врача, имен окружающих его больных. Выйдя из палаты, он не в состоянии отыскать ее, в палате не находит свою постель. Не может сказать, сколько человек лежит с ним в палате, совершенно неспособен указать времени дня: утром мо-

жет сказать, что это вечер, и наоборот, и даже завтрак или ужин не являются для него опознавательными моментами времени. На один и тот же вопрос больной каждый раз дает разные ответы, никогда не задумываясь. У него то пятеро, то четверо, то, наконец, двое детей, имена их каждый раз различны. Он находится то в школе, то на производстве. Имеют место конфабуляторные высказывания. Он ходил сегодня в лес, собирал ягоды и грибы. На вопрос, как же могут быть ягоды и грибы в декабре, больной отвечает: "Такой уж лес попался". Год, месяц, число, время года каждый раз называет различные. Иногда отвечает на вопросы неопределенно. Нередко его ответы приобретают уклончивый характер. Например, на вопрос о том, что он знает о начале своего заболевания, больной отвечает: "То же, что и вы". — "А что знаем мы?" — "То, что знаем мы вместе". На вопрос, что же мы знаем вместе, больной отвечает: "Ничего". Часто он соглашается с тем, что все его высказывания не соответствуют действительности, и тут же начинает утверждать, что все сказанное "совершенно правильно". Явная противоречивость его совершенно не смущает. Из памяти больного выпал весь период с момента травмы и до нее. События более давние сообщает правильно. Называет свою специальность, дает некоторые сведения о своей учебе и более ранние анемнистические сведения.

Прогрессирующая амнезия. Расстройства памяти распространяются часто не только на текущие события, но и на прошедшие: больные не помнят прошлого, путают его с настоящим, они смещают хронологию событий; выявляется дезориентировка во времени и пространстве. Временами такие нарушения памяти носят гротескный характер: так, одной больной казалось, что она живет в начале нашего века, что только что кончилась первая мировая война, только что началась Великая Октябрьская социалистическая революция.

В.А. Гиляровский описывал в 30-х гг. больную, которой казалось, что она живет у помещика, она боялась "барыни-помещицы" потому, что "не успела выстирать белье".

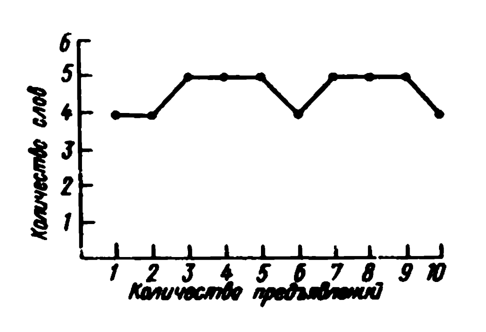
В этой амнестической дезориентировке звучат часто прошлые профессиональные навыки. Так, один из наших больных (в прошлом официант в ресторане) считал, что он во время обеда обслуживает посетителей, требовал, чтобы они (больные) ему заплатили за еду, иначе он позовет "хозяина". Подобные нарушения памяти отмечаются часто при психических заболеваниях позднего возраста, в основе которого лежит прогрессирующая, качественно своеобразная деструкция коры головного мозга. Клинически болезнь характеризуется неуклонно прогрессирующими расстройствами памяти: сначала снижается способность к запоминанию текущих событий, стираются в памяти события последних лет и отчасти давно

прошедшего времени. Наряду с этим сохранившееся в памяти отдаленное прошлое приобретает особую актуальность в сознании больного. Он живет не в настоящей реальной ситуации, которую не воспринимает, а в обрывках ситуаций, действий, положений, имевших место в далеком прошлом. Такая глубокая дезориентировка с отнесением в отдаленное прошлое представлений не только об окружающей обстановке и близких людях, но и о собственной личности при старческом слабоумии развивается постепенно.

Такие расстройства памяти, характеризующиеся "жизнью в прошлом", ложным узнаванием окружающих, с адекватным этой ложной ориентировке поведением возникают в основном при старческом слабоумии. В основе его лежит диффузный, равномерно протекающий атрофический процесс коры головного мозга.

С.Г. Жислин высказывает предположение, что неясное восприятие мира при старческом слабоумии обусловлено расторможенностью выработанных дифференцировок, общим ослаблением анализаторных функций коры. Ставшие инертными нервные процессы не могут поспевать за сменой разыгрывающихся событий, идущих из реальной жизни, и фиксируют лишь отдельные части, компоненты обстановки и ситуации. Все описанные явления протекают на фоне интеллектуальной обедненности, обусловленной гибелью огромного числа клеток коры.

В нашей лаборатории было проведено психологическое исследование группы больных в возрасте от 60 до 83 лет. Исследование познавательных процессов проводилось с помощью методик: заучивание 10 слов, опосредованное запоминание, по А.Н. Леонтьеву, воспроизведение рассказов, установление простых аналогий, объяснение метафор и пословиц. Прежде всего выявилась недостаточная активность процесса запоминания. Больные фактически не принимали задачу "запомнить". Об этом свидетельствует то, что ни одна из испытуемых не смогла воспроизвести ни одного слова при опосредованном запоминании (по А.Н. Леонтьеву). Вместо этого больные называли предметы, нарисованные на картинках, хотя связи между запоминаемым словом и картинкой часто устанавливались адекватно. Объем памяти у этих больных был очень мал и в среднем составлял четыре слова. Форма кривых запоминания имеет форму плато (см. рисунок).



У некоторых больных кривые запоминания имеют зигзагообразную форму, что говорит о неустойчивости, истощаемости мнестических процессов больных.

Очень низка прочность запоминания. Никто из больных не мог припомнить ни одного из десяти слов при отсроченном воспроизведении. Показательно в этом отношении также воспроизведение рассказов. Бывали случаи, когда больные, дойдя до середины рассказа, обнаруживали, что не помнят конца, искажали его сюжет. Малейшее отвлечение, пауза между предъявлением и воспроизведением рассказа, какая-нибудь фраза, взгляд в сторону — все способствует быстрому забыванию. Больная, только что верно начавшая передавать содержание, с трудом вспоминает, о чем в нем шла речь, а через минуту заявляет, что никакого рассказа она не слышала, что "мы просто сидим и беседуем о разных вещах".

Уровень умственных достижений подобных больных в течение эксперимента колеблется, особенно при выполнении заданий, требующих длительного удержания направленности мысли и постоянного оттормаживания несоответствующих связей (простые аналогии, установление связи между словом и карточкой в методике на опосредованное запоминание). Чрезмерная отвлекаемость, соскальзывание мысли по побочным ассоциациям являются характерными для обследованной группы больных. Так, больная, которая начала верно выполнять задание, вдруг предлагает какое-нибудь совсем нелепое решение или, забывая о том, что ей нужно делать, отвлекается и начинает говорить о посторонних вещах. Потом снова возвращается к заданию и правильно продолжает его.

Приводим для иллюстрации выписку из истории болезни больной З.А.

Больная З.А., 1905 г. рождения, диагноз: старческое слабоумие. Наследственность не отягощена. Окончила гимназию, работала секретарем-машинисткой, потом занималась домашним хозяйством. Была замужем. Детей не имела.

Последние восемь лет жалуется на боли в сердце, отекают ноги. В 1966 г. стационировалась в соматическую больницу, диагноз: атеросклероз, нарушение водно-солевого и жирового обмена.

По словам соседей, с 1966 г. начала меняться по характеру: стала раздражительной, злобной. Пенсию тратила почти всю на сладости, которые раздавала знакомым. Себя полностью не обслуживала, ей помогала сестра. По ночам спала плохо, стучалась к соседу, говорила, что ей страшно, у нее воруют вещи через форточку. Психиатром психоневрологического диспансера 25 февраля 1967 г. направлена в больницу им. П.Б. Ганнушкина.

В больнице первое время жалуется на преследование со стороны соседей, которые хотят украсть у нее ключи от комнаты, телевизор, делают дырки в двери ножом, ругаются. Часто пишет жалобы заведующей отделением на больных, которые якобы украли у нее много вещей: кастрюлю,

шкаф, одежду, белье, стол, посуду. Критика к своим высказываниям отсутствует, неряшлива, прожорлива. Остатки еды прячет в постели, возбуждается, плачет, когда эти остатки от нее отбирают. Пребыванием в больнице тяготится, просит о выписке. 12 ноября 1967 г. выписана на попечение сестры.

Через несколько месяцев состояние опять ухудшилось. Жаловалась, что соседи часто говорят о ней по телефону, ругают ее. В марте 1968 г. стала утверждать, что в соседней комнате по магнитофону и по радио называют ее фамилию, угрожают выселить из квартиры в три дня. Стала подозрительной, злобной, ночью не спала, ходила по квартире, зажигала свет, стучала к соседям в двери. 27 мая была вновь стационирована в больницу им. И.П. Ганнушкина.

Психическое состояние. Ориентирована, в беседу вступает охотно, говорит тихим голосом. С удовольствием пишет ответы на бумаге. Крайне слабодушна. Первое время жалуется на преследование со стороны соседей. Рассказывает, что даже в больнице в первые дни слышала, как по радио говорили о ее выселении. Последнее время поведение в больнице упорядоченное. Бреда не высказывает, галлюцинации отрицает. Пребыванием в больнице не тяготится. Все свободное время сидит на излюбленном месте за столом у окна, никого туда не подпускает, очень сердится, если кто-то из больных занимает его. С врачом общается охотно, с больными не общается. В часы трудотерапии работает.

Протокол экспериментально-психологического исследования больной З.А. Из 10 слов больная воспроизводит 5, 2, 5, 3, 4 слова. При отсроченном воспроизведении — 3 слова. Содержание несложного задания передать не может. Переносного смысла пословиц, метафор не понимает, не может сложить простейшего узора в методике Кооса. С трудом улавливает содержание картины (см. протоколы).

Воспроизведение рассказов

Экспериментатор	Больная
1. "Галка и голуби"	(молчит, нахмурилась)
Расскажите	(всхлипывает) жалко галку. Как они нехорошо поступили. И те прогнали, и другие. И никому она не нужна. Бедная!
Почему ее все прогнали?	Не знаю. Никого нельзя прогонять. Это нехорошо. Прощать надо. Надо ласковыми быть... (плачет)
2. "Муравей и голубка"	Он охотника укусил. Почему? Всегда вот они кусаются. Маленькие, а кусаются
Зачем он укусил охотника?	Вот я и спрашиваю, зачем? Охотник даже закричал, бедный (плачет)
А голубка в рассказе была?	Не помню. Была. Бедный охотник
	(Через три дня)
1. "Галка и голуби"	Масса голубей... Да, это дело. У каждой птицы свое гнездо, свои привычки. Есть гнезда воронья, галочьи, воробьиные...
2. "Муравей и голубка"	Как муравей стал тонуть, а голубка спасла его. Не знаю, что еще... муравей (отвращение на лице!) Они неприятные насекомые, опасные, кусаются, они кусают человека за ноги. Босиком среди них ходить опасно...

Опосредованное запоминание (по А.Н. Леонтьеву)

Слова	Карточка	Объяснение связи	Воспроизведение
Дождь	Фонарь	Никакого дождя нет. Фонарь. Напоминает так: когда темно — тогда фонарь	Фонарь
Собрание	Дом	Это много людей. Вопросы всякие, здесь соберутся	Булочная. Кондитерские изделия, кексы, слойки, калорийные...
Пожар		У нас недавно по соседству был пожар... Надо картинку, где спички, керосин, керогаз, курят папиросы, пьяны, неосторожны...	—
День	Петух	Утро сначала. Говорят, какая погода... есть на дачах	Петух (курица без хвоста)
Театр	Лошадь	Сценка, занавес, партер, галерка, ложа есть? Собачки ученые, лошадки	Лошадка
Драка	Нож	Ресторан, пьянство, хулиганы. Или палкой по башке ударят (хохочет!)	Большой нож
Праздник	Глобус	1 Мая? Нет, нет, подождите, не 1 Мая. Новый год... 8 Марта, женский день. Во всем мире праздник. Глобус — во всем мире. Вот бокал еще подходит	Глобус на подставке
Труд	Рубашка	Сама сшила	Пиджак
Встреча	Часы	Часы главное, встреча под часами	Часы

Приведенные протоколы выявляют грубое нарушение памяти. Процесс опосредования не улучшает воспроизведения. Больная называет карточки. Она может частично понять переносный смысл пословицы, но не удерживает его и отвлекается. Суждения больной неустойчивы, правильные суждения чередуются с неадекватными. Мнестические же нарушения носят стойкий характер, больная не только не запоминает прошлых событий, но и не помнит настоящего.

Нарушение динамики мнестической деятельности. Описанные выше нарушения памяти носили в основном стабильный характер. Хотя степень их выраженности могла меняться, но все же основной радикал этих нарушений (нарушение временной характеристики, амнестическая дезориентировка) оставался стойким.

В других случаях память психически больных может оказаться нарушенной со стороны ее динамики. Больные в течение какого-то отрезка времени хорошо запоминают и воспроизводят материал, однако спустя короткое время не могут этого сделать. На первый

план выступают колебания их мнестической деятельности. Если такому больному предложить запомнить 10 слов (при десяти предъявлениях) и изобразить количество воспроизведенных слов в виде кривой, то последняя будет носить ломаный характер. Больной может после второго или третьего предъявления запомнить 6—7 слов, после пятого — лишь 3 слова, а после шестого — опять 6—8.

Оценка памяти подобных больных в терминах "память больного снижена", "память больного не нарушена" не является адекватной. Точно такой же лабильный характер носит воспроизведение какого-нибудь текста. Больные то подробно, с детализацией воспроизводят содержание басни, рассказа, то вдруг не в состоянии передать совсем легкий сюжет. Нередко также нарушения памяти сочетаются с амнестическими западениями в речи: больные вдруг забывают названия каких-либо предметов, явлений, через короткое время спонтанно их вспоминают. Иными словами, мнестическая деятельность больных носит прерывистый характер. Нарушается ее динамическая сторона. Подобные нарушения памяти встречаются у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга, у больных, перенесших травмы головного мозга (в отдаленном периоде болезни), при некоторых интоксикациях.

Заслуживает внимания тот факт, что подобные нарушения динамики мнестической деятельности редко выступают у больных в виде изолированного моносимптома. Экспериментально-психологическое исследование выявляет лабильность всех форм их деятельности, их познавательной и эффективно-эмоциональной сфер.

При выполнении интеллектуальных задач, требующих длительного и направленного удержания цели, последовательности суждения, часто обнаруживается нестойкость умственной продукции больных. Так, в опыте на "классификацию предметов" колебания умственной деятельности могут проявиться в чередовании обобщенных и ситуационных решений. Эпизодически выступающие неправильные суждения и действия выявлялись и при выполнении других методических приемов. Часто адекватное выполнение задания прерывалось внезапно наступающими колебаниям эффективной сферы больных.

Таким образом, нарушение динамики мнестической деятельности проявляется в сочетании с прерывистостью всех психических процессов больных и, по существу, является не нарушением памяти в узком смысле слова, а индикатором неустойчивости умственной работоспособности больных в целом, ее истощаемости.

Понятие "работоспособность" включает в себя ряд аспектов и факторов: это отношение к окружающему и к себе и позиция, принятая человеком в определенной ситуации, и способность регуляции своего поведения, целенаправленность и устойчивость усилий,

возможность бороться с истощаемостью и пресыщаемостью. В обсуждаемых нами здесь случаях речь идет в основном о влиянии фактора истощаемости на мнестическую деятельность.

Можно предположить, что нарушение динамики мнестической деятельности является особым частным случаем проявления истощаемости умственной работоспособности больных, проявлением ее неустойчивости.

Следует отметить, что одним из показателей нарушений динамики мнестической деятельности является возможность ее улучшения при применении средств опосредования. В повседневной своей жизни больные сами прибегают к такому способу, отмечая: "Я уже стал делать себе отметочки на память", "Я себе примечаю что-нибудь, чтобы мне напомнило". Особенно четко это выступает в психологическом эксперименте.

Однако в некоторых случаях выступили парадоксальные факты: операция опосредования (например, метод пиктограмм) приводила не к улучшению, а к ухудшению процесса воспроизведения. Известно, что акт опосредования своих действий является адекватным свойством психической деятельности зрелого человека, что одним из показателей развивающейся психики ребенка является формирование умения опосредовать свои действия. Однако это опосредование не заслоняет собой содержания деятельности. Несмотря на то что акт опосредования отвлекает на себя усилия человека, оно (это опосредование) не разрушает ни усвоения и восприятия человека, ни логического хода его суждений, умозаключений. У исследованных нами групп больных акт опосредования приводил к парадоксальному явлению — он мешал их основной деятельности. У них возникала чрезмерная тенденция к опосредованию, больные были чрезвычайно озабочены нахождением условного обозначения, они опасались, что рисунок не окажется достаточным для запоминания слов. "Как бы мне точнее изобразить — я еще нарисую". В результате больные воспроизводили опосредованные слова лишь приблизительно: процесс произведения становится недифференцированным. Очевидно, усилия, которые больной прилагал для совершения операции опосредования, приводили к еще большей истощаемости и без того ослабленного состояния бодрственности корковых процессов больного.

Нарушение динамики мнестической деятельности может выступить и как следствие аффективно-эмоциональной неустойчивости. Аффективная дезорганизация больного, часто сопутствующая многим органическим заболеваниям (посттравматического, инфекционного и другого генеза), может проявиться в забывчивости, неточности усвоения, переработки и воспроизведения материала. Точно так же может действовать и эффективная захваченность больного, приводящая к забыванию намерений, недифференцированному вос-

приятию и удержанию материала. Во всех случаях может оказаться измененным именно динамический компонент памяти.

Правильная квалификация нарушений динамики мнестической деятельности, установление степени этих изменений имеют большое значение для самых различных разделов психиатрической практики, особенно при решении вопросов трудового восстановления и трудовых рекомендаций. Потерю своей работоспособности больные нередко объясняют снижением памяти, особенно часто такое объяснение применяется при снижении учебной успеваемости. Больные пытаются "тренировать" свою память, "заучивать" по многу раз, "повторять" материал. Между тем эта забывчивость, еще раз подчеркиваем, является не моносимптомом, а проявлением нарушений работоспособности больных в целом. Коррекционная работа в подобных случаях должна состоять либо в создании условий, предупреждающих наступление истощаемости, либо в нахождении путей, которые могут компенсировать невозможность удержания цели.

Нарушение опосредованной памяти. Работами советских психологов показано, что память является сложной организованной деятельностью, зависящей от многих факторов, уровня познавательных процессов, мотивации, динамических компонентов (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, П.И. Зинченко и др.). Поэтому следовало ожидать, что психическая болезнь, изменяя эти компоненты, поразному разрушает и мнестические процессы. В то время как введение операции опосредования улучшает запоминание здоровых людей, то у ряда больных фактор опосредования становится помехой. Этот факт был еще в 1934 г. впервые описан Г.В. Биренбаум. Исследуя больных разных нозологических групп с помощью метода пиктограммы, она показала, что больные утрачивают возможность опосредовать процесс запоминания.

Как известно, этот метод, предложенный А.Р. Лурией, состоит в следующем. Испытуемый должен запомнить 14 слов. Для лучшего запоминания он должен придумать и зарисовать на бумаге что-либо такое, что могло бы в дальнейшем воспроизвести предложенные слова. Никаких записей или пометок буквами делать не разрешается. Испытуемые предупреждены, что качество их рисунка не имеет значения. Точно так же не учитывается время выполнения этого задания.

Задание по методу пиктограммы может быть выполнено двумя способами. Первый из них заключается в том, что изображение представляет собой условное обозначение понятия, заключенного в слове. Например, для запоминания слова "развивать" можно нарисовать любую маленькую или большую фигуру (квадрат, круг), для слова "сомнение" — вопросительный знак. К такому приему легко прибегнуть, если испытуемые имеют достаточный образовательный

уровень. При втором способе выполнения задания условно изображается понятие, менее общее по сравнению с заданным; первое должно служить как бы условным знаком для второго. Например, то же слово "развитие" может быть представлено более узким значением, как "развитие промышленности", "развитие умственное", "развитие физическое" и т.п. Изображение любого предмета, связанное с таким менее общим понятием (фабрики, книги, какого-нибудь спортивного снаряда), может играть роль знака, условно обозначающего понятие "развитие".

Таким образом, задание требует умения увязать понятие, обозначаемое словом, с любым более конкретным понятием, а это возможно только тогда, когда испытуемый может отвлечься от многообразия конкретных значений, которые содержит понятие, обозначаемое заданным словом, когда он может оттормозить все частные значения, связанные с ним. Иными словами, выполнение этого задания возможно при определенном уровне обобщения и отвлечения и позволяет судить о степени обобщенности и содержательности образуемых испытуемыми связей.

Как правило, здоровые испытуемые даже с неполным средним образованием легко выполняют задание. Даже в тех случаях, когда оно вызывает известную трудность, достаточно привести пример того, как его можно выполнить, чтобы испытуемые правильно решили предложенную задачу.

Г.В. Биренбаум, исследовавшая при помощи этого метода нарушение понятий у душевнобольных, указывала на основную трудность интеллектуальной операции при выполнении задания по методике пиктограмм: круг значений слова шире, чем то одно, которым можно обозначить рисунок. Вместе с тем и значение рисунка шире, чем смысл слова, значение рисунка и слова должны совпадать лишь в какой-то своей части. Именно в этом умении уловить общее в рисунке и слове заключается основной механизм активного образования условного значения. И хотя эта операция опосредования производится довольно легко даже здоровыми подростками, при патологических изменениях мышления создание таких условных связей бывает затруднено.

Само задание создать условную связь при запоминании слова вызывает известные трудности уже потому, что в создании рисунка заключен момент условности, требующий известной свободы мыслительных операций. С другой стороны, условность рисунка может стать столь беспредметной и широкой, что она перестает отражать реальное содержание слова (Г.В. Биренбаум, Б.В. Зейгарник); условность рисунка способствует актуализации латентных свойств предметов (Ю.Ф. Поляков, Т.К. Мелешко, С.В. Лонгинова).

Приведем некоторые иллюстрации.

У группы больных эпилепсией этот эксперимент вызывал значительные трудности. Так, при необходимости найти рисунок для запоминания слова "развитие" больной К. говорит: "Какое развитие? Оно бывает разное: и развитие мускулов, и умственное развитие. Какое же вы хотите?" Этот больной затрудняется придумать рисунок для запоминания слова "разлука". "По-разному можно разлучаться; можно с любимой; или сын уходит из дома, или просто друзья расстаются. Не понимаю, что нарисовать?" Другой больной затрудняется найти рисунок для запоминания словосочетания "больная женщина". Он пытается нарисовать кровать, но тут же заявляет, что этот рисунок не подходит, так как больная женщина не обязательно должна лежать: "У нее может быть грипп, она его на ногах переносит". Тогда больной решает нарисовать столик с лекарствами, но это его не удовлетворяет: "Ведь не обязательно больная женщина лекарства принимает".

Некоторые больные пытаются почти фотографически отобразить в рисунке жизненную ситуацию. Так, при необходимости запомнить выражение "веселый праздник" больной рисует пляшущих людей, накрытый стол, рядом рисует флаг.

В результате больные хуже запоминают слова, когда они пытаются прибегнуть к опосредованию. Процесс опосредования мало помогал и тем из них, которые устанавливали чрезмерно формальные связи, связи по созвучию (например, для понятия "сомнение" рисовали рыбу — сом, потому что совпадали первые слоги, или для слова "дружба" — два треугольника).

Проблеме нарушений опосредованного запоминания посвящена работа Л.В. Петренко, Предметом исследования было выявление и анализ тех многообразных звеньев, нарушение которых лежало в основе патологии процесса опосредования, выявление факторов, "ответственных" за невозможность использования вспомогательных средств, оперирование которыми меняет структуру мнестических процессов и делает их специфически человеческими (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.А. Смирнов). Ею были исследованы больные эпилепсией (эта группа состояла из двух подгрупп — больных "симптоматической эпилепсией" и больных "эпилептической болезнью") и больные с локальными поражениями мозга (больные с дисфункцией медиобазальных отделов лобных долей мозга и больные с поражением гипофиза и прилегающих к нему областей). В качестве методических приемов была использована методика непосредственного заучивания слов и методика опосредованного запоминания (А.Н. Леонтьев и А.Р. Лурия).

Основным результатом работы Л.В. Петренко было установление снижения эффективности опосредованного запоминания по сравнению с непосредственным запоминанием у определенной группы больных — факт, вступающий в противоречие с результатами, полученными при исследовании здоровых людей, взрослых и детей (А.Н. Леонтьев). При этом у разных групп больных опосредованная

память нарушалась неодинаково: если у больных симптоматической эпилепсией опосредование лишь в некоторой степени способствовало повышению результативности запоминания, то в группе больных эпилептической болезнью введение опосредования даже препятствовало воспроизведению, снижало его продуктивность.

Для объяснения этого явления Л.В. Петренко обратилась к анализу того, как осуществляется деятельность опосредования. Главным показателем, позволившим судить о том, в какой степени используются различные средства, совершенствующие структуру запоминания, служил анализ связей, создаваемых больными при исследовании опосредованной памяти.

Л.В. Петренко выделила две категории связей, устанавливаемых больными эпилепсией при применении методики А.Н. Леонтьева. Первая категория представляла собой связи по значению, при установлении которых больные руководствовались объективными свойствами предметов и явлений, их общественно зафиксированным значением. Первым параметром, образующим связи второго вида, был внешний момент — впечатление испытуемого, на которое влияли либо особенности предъявления материала, либо эмоциональные субъективные факторы.

Вторым параметром явился динамический аспект процессов опосредования, анализ его временных характеристик. Он мог быть: а) динамически адекватным, основанным на последовательном оперировании отдельными элементами; б) нецеленаправленным, при котором больные не останавливались на выделенном опосредствующем звене, а продолжали "нанизывать" детали, перечислять второстепенные свойства элементов связи. В качестве третьего параметра изучения опосредованной памяти был принят анализ самого процесса воспроизведения.

Наиболее частым феноменом при ошибочном воспроизведении в обеих группах больных было название слов и фраз, отражающих значение самого используемого средства: воспроизведение актуализировало то, что должно было послужить только связывающим звеном, переходным моментом от заданного слова к выбираемой карточке и, наоборот, от карточки к слову. Так, например, для опосредования запоминания слова "прогулка" испытуемый берет карточку, на которой изображено дерево и воспроизводит: "Дерево, кажется, елка"; другая больная для запоминания этого же слова берет карточку с изображением забора, мотивируя: "Я всегда гуляю до соседнего забора", воспроизводит слово "сосед". Если применить для изложения процесса опосредованного запоминания схему А.Н. Леонтьева: А—X—А, где А обозначает предложенное для запоминания слово, X — устанавливаемую для запоминания связь, то выявлялось, что патологическое изменение мнестических процессов часто приводило к воспроизведению типа А—X—X или А—X—Y.

Л.В. Петренко была высказана гипотеза, что нарушение опосредованного запоминания обследованных групп связано со своей структурой нарушенной деятельности больных. Выявленная с помощью детального экспериментального исследования (с помощью методики "классификация предметов", метода исключения, счета по Крепелину, исследования уровня притязаний, процесса насыщения и т.д.), общая психологическая характеристика исследованных больных подтверждает ее гипотезу. Если у больных симптоматической эпилепсией нарушения опосредования были связаны с колебаниями их работоспособности, то у больных эпилептической болезнью они объяснялись повышенной инертностью, гипертрофированным желанием отобразить все детали. Последние данные соответствуют результатам исследований И.Т. Бжалавы и Н.В. Рухадзе, которые отмечают, что больные эпилепсией действуют на основе заранее фиксированной установки, носящей инертный и интермодальный характер.

Нарушение мотивационного компонента памяти. Данные, приведенные в предыдущих параграфах, касающиеся нарушений памяти, подтверждают, что в различных формах мнестических изменений находит свое отражение по-разному измененная структура деятельности. Мы показали, как нарушения процесса обобщения, опосредования, динамики влияют на процесс воспроизведения, меняют соотношение непосредственной и опосредованной памяти.

В данном параграфе мы остановимся на роли мотивационного компонента в строении мнестической деятельности.

Современная психология не является больше наукой об отдельных психических функциях. Психические процессы следует рассматривать как разные формы психической деятельности, которые формируются в онтогенезе. В зависимости от той задачи, на решение которой направлена деятельность человека, она принимает форму того или иного процесса (восприятия, памяти). Поэтому в отношении всех человеческих процессов должна быть применена та же характеристика, что и к деятельности в целом; иными словами, при анализе этих процессов следует учесть их личностно-мотивационный компонент. Еще в 1927 г. мы показали это в экспериментальном исследовании памяти (так называемый "феномен воспроизведения незавершенных действий").

Эксперимент заключался в следующем: испытуемому предъявлялся ряд задач (от 18 до 22), которые он должен был выполнить. Это были задачи различного типа: нарисовать монограмму, сложить определенную фигуру из спичек, нанизать бусы, написать стихотворение, вырезать из бумаги спираль, слепить коробочку из картона, обратный счет (письменно), нарисовать вазу, из бумаги сложить фигурки, умножить трехзначные числа, из проволоки сделать фигурку, решить кроссворд, составить ландшафт

(испытуемым даются деревья, животные, люди, дома из цветного картона) и т.п. Инструкция: "Вам будет предложен ряд заданий, постарайтесь их выполнить по возможности точнее и быстрее". Половину предложенных задач испытуемый выполнял до конца, половина же их прерывалась экспериментатором до того, как испытуемый их завершит. Перерыв происходил таким образом, что экспериментатор предлагал испытуемому другую работу. (Если испытуемый спрашивал, что делать с незавершенной, экспериментатор делал вид, что не расслышал вопроса или занят протоколом; во всяком случае испытуемый не получал четкого, определенного ответа.) Точно таким же неопределенным оставался для испытуемого порядок чередования оконченных и незавершенных заданий. Сразу после выполнения испытуемым последнего задания экспериментатор спрашивал: "Скажите, пожалуйста, какие вы выполнили задания?"

Следует отметить, что проведение эксперимента, манера и способы "прерывания" являются очень сложной задачей и требуют тщательно продуманной отработки всех звеньев опыта.

Время, в течение которого испытуемый называет задания, неограничено. Экспериментатор записывает названные задания в порядке их воспроизведения испытуемым.

Воспроизведение носит вначале плавный характер, после чего наступает часто остановка потока перечисленного. Испытуемый начинает активно "отыскивать", "перебирать" в своей памяти, приведенные количественные данные касаются в основном периода "плавного" воспроизведения. После окончания опыта экспериментатор спрашивает о том, какие задания показались ему интересными или приятными. Экспериментатор использует также спонтанные высказывания испытуемого во время эксперимента.

Данные экспериментов показали, что испытуемые запоминали лучше незавершенные действия. Отношение воспроизведенных незаконченных действий (ВН) к воспроизведению законченных (ВЗ) равнялось 1,9:

$$\frac{ВН}{ВЗ} = 1{,}9,$$

т.е. незавершенные действия воспроизводились на 90% лучше, чем завершенные.

Преимущество незавершенных действий перед завершенными проявлялось не только в количественном отношении, но и в том, что незавершенные задания назывались первыми.

Выявленная закономерность лучшего воспроизведения незавершенных действий может быть объяснена следующим. У любого здорового испытуемого ситуация опыта вызывает какое-то личностное отношение к ней. У одних испытуемых ситуация эксперимента вызывает желание проверить себя, свои возможности — экспериментальная ситуация приобретает в таких случаях характер некой "экспертизы", контроля. У других испытуемых ситуация экспери-

мента вызывала некий задор ("хотелось и себе и вам показать, что я хорошо справляюсь с задачами"). Наконец, третьи испытуемые выполняли экспериментальные задачи из чувства "долга", "вежливости". Как бы то ни было у любого испытуемого возникал какой-то мотив, ради которого он выполнял задание. Выполнение задания выступало в качестве мотивированного намерения. При незавершенности действия намерение остается неосуществленным, создается некая аффективная активность (в терминологии К. Левина, "динамическая система"), которая проявляет себя в другом виде деятельности — в данном случае в воспроизведении. Ф.В. Бассин сближает это явление с понятием "установка" школы Д.Н. Узнадзе и подчеркивает, что эта "активность, регулируемая определенной установкой и встречавшая какие-то препятствия на пути своего развертывания, оставляет след в состоянии реализующих ее нервных образований, который как таковой не осознается".

Применительно к приведенным данным можно сказать, что деятельность памяти актуализировала ту аффективную готовность, которая образовалась благодаря личностному отношению испытуемого к экспериментальной ситуации. В пользу этого предположения говорят следующие два ряда фактов: 1) преимущественное воспроизведение незавершенных действий не проявляется, если изменить условия эксперимента в следующем направлении. Вместо нейтральной просьбы: "Скажите, пожалуйста, какие вы выполнили задания?" — дать испытуемому следующее указание: "Эксперимент проводился для того, чтобы проверить вашу память, поэтому я попрошу вас перечислить задания, которые вы выполняли". При такой постановке эксперимента незавершенные и завершенные действия воспроизводились с одинаковой вероятностью. Сообщение, что эксперимент проводился для испытания памяти, означало для испытуемого изменение смысла ситуации: у него актуализировался совершенно новый мотив — продемонстрировать или проверить для себя свои мнестические возможности.

Этот новый мотив, ради которого испытуемый должен был совершить теперь "действие припоминания", выступал не только в качестве смыслообразующего, но и побудительного, перед испытуемым выступала теперь цель: воспроизвести возможно больше действий. В свете этого мотива задачи были уравнены. Аффективная готовность к окончанию действий отступала на задний план перед новым мотивом — "воспроизвести возможно больше задач". Таким образом, деятельность воспроизведения была при новой инструкции по-иному мотивирована; новая мотивация вызывала иной результат.

Другая группа фактов, доказывавших роль мотивационного компонента в структуре памяти, заключалась в следующем: если этот эксперимент проводился с испытуемыми в состоянии усталости или в ситуации насыщения, то тенденция к превалированию при воспроизведении незавершенных действий тоже не обнаруживалась, так как в этой ситуации не формировалась тенденция к завершению.

Правильность положения о том, что деятельность памяти является мотивированной, можно было проследить и на материале патологии. Мы проводили эксперимент по воспроизведению завершенных и незавершенных действий у больных с различными формами патологии мотивационной сферы. В зависимости от формы этих нарушений менялась и закономерность воспроизведения. Так, например, у больных шизофренией, в психическом состоянии которых отмечалась эмоциональная вялость, искажение мотивов, мы не получали эффекта лучшего воспроизведения незавершенных действий. У больных с ригидностью эмоциональных установок, с их гипертрофией (например, при некоторых формах эпилептической болезни) превалирование воспроизведения незавершенных действий было выражено. Так, если у здоровых испытуемых отношение воспроизведения незавершенных действий к воспроизведению завершенных $\frac{\text{ВН}}{\text{ВЗ}} = 1{,}9$, то у больных шизофренией (простая форма) — 1,1, у больных эпилепсией — 1,8, а у больных с астеническим синдромом — 1,2.

Таким образом, сопоставление результатов воспроизведения незавершенных действий у больных с разной патологией мотивационной сферы тоже указывает на ее роль в мнестической деятельности.

Роль измененного мотивационного фактора в структуре мнестических процессов выявилась и в изложенном выше исследовании Л.В. Петренко. Исследуя структуру нарушения опосредованного запоминания, автор отмечает, что особенно отчетливо это расстройство выступило у больных с поражением медиобазальных отделов лобных областей мозга, в психическом состоянии отмечалась аспонтанность, расторможенность, анозогнозия по отношению к своей болезни. Л.В. Петренко отмечает, что больные этой группы не выбирали картинку, которая соответствовала бы заданному слову, а бездумно брали первую попавшуюся на глаза. При необходимости вспомнить по картинке предъявленное экспериментатором для запоминания слово сама задача точного воспроизведения не выступала для них как таковая. Чаще всего больные называли либо предмет, изображенный на картинке, либо любое слово или фразу, случайно связанную с картинкой.

Такое отношение не вызывалось трудностями или невозможностью справиться с экспериментальной задачей, так как, будучи поставлены в жесткие рамки (экспериментатор настаивал: "Подумайте, выберите внимательно"), больные могли безошибочно его выполнить. Измененное отношение к окружающему и своим возможностям приводило к распаду структуры психической деятельности, который был описан в разное время А.Р. Лурией и Е.Д. Хомской, Б.В. Зейгарник, В.В. Лебединским, С.Я. Рубинштейн и др.

Таким образом, нарушение подконтрольности, избирательности психических процессов, замена целенаправленности акта стереотипами или случайными фрагментарными действиями являлись факторами, препятствующими процессу опосредования, делающими его принципиально невозможным.

Данные исследования Л.В. Петренко также показали, что в нарушениях мнестической деятельности находит свое отражение по-разному измененная структура мотивационной сферы больных. Мотивационный компонент является неотъемлемым в строении и протекании процессов памяти.

С.В. Лонгинова

ИССЛЕДОВАНИЕ МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ МЕТОДОМ ПИКТОГРАММ*

Как известно, экспериментальная методика пиктограмм направлена на исследование опосредованного запоминания. Этот метод основан на положениях отечественной психологической теории (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьев) об опосредованном характере психических актов человека. Сама же методика пиктограмм предложена впервые в Советском Союзе А.Р. Лурией, она широко применяется в отечественной психиатрии и вошла даже в последний учебник психиатрии.

Впервые Г.В. Биренбаум использовала ее для анализа мышления больных. Чрезвычайно ценные данные ее исследования превратились теперь в библиографическую редкость. Однако сама методика широко применяется в патопсихологии именно для исследования мышления (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн и др.).

Задача исследования. Теоретическая задача исследования заключалась в попытке подвергнуть психологическому анализу те особенности мышления, которые в психиатрии обозначаются как "причудливость", а иногда даже как "разорванность" ассоциаций.

---

* См.: Тезисы докладов конференции "Проблемы патопсихологии". М., 1972. (*Прим*. Работа выполнена под руководством С.Я. Рубинштейн.)

Нашей задачей в данной работе было исследование мышления больных с помощью метода пиктограмм. Особенность нашей работы заключалась в тщательном анализе содержания самих выборов образов для запоминания. В связи с этим указанная методика, не менявшаяся по своему существу, была несколько дополнена подробными расспросами больных о том, каким путем и чем именно сделанный выбор поможет при воспроизведении заданного слова и выражения. Мы пытались вскрыть причину возникновения того или иного вида выбора.

На протяжении восьми лет практической работы в лаборатории патопсихологии больницы им. П.Б. Ганнушкина этот метод применялся нами при исследовании всех больных с соответствующим образованием, которые направлялись клиницистами в лабораторию.

Состав испытуемых. Всего было исследовано 330 больных. Из них 160 больных шизофренией. Эти больные были без острой психопатологической симптоматики, без грубого эмоционального и интеллектуального дефекта, а также без выраженных нарушений мышления. Все больные отличались сравнительной психической сохранностью и вызывали значительные трудности при постановке диагноза и решении экспертных вопросов. Чаще всего больные направлялись в лабораторию с задачей отграничения шизофрении от других нозологий (психопатии, эпилепсии, органического заболевания ЦНС, сосудистого заболевания головного мозга, олигофрении). Надо было выявить наличие или отсутствие нарушений мышления, так как в клинике этот вопрос было трудно решить.

Были также подвергнуты анализу результаты исследования больных эпилепсией (44 человека) без грубого интеллектуального дефекта и без острой психопатологической симптоматики, без объективных сведений о припадках. Они также вызывали сомнения в клинике и направлялись в лабораторию с целью дифференциального диагноза.

В нашем исследовании была контрольная группа, которая состояла из 127 испытуемых, не страдающих психическими заболеваниями. Она состояла из испытуемых, которые находились в стационаре на исследовании или проходили стационарную военную или трудовую экспертизу. Такой подбор контрольной группы был обусловлен следующими соображениями: во-первых, мы считали, что при обследовании любого коллектива не исключена возможность наличия психически больных испытуемых; во-вторых, наша контрольная группа казалась более "чистой", "достоверной" в отношении психического здоровья, так как это были люди, которые уже прошли тщательное стационарное психиатрическое обследование. Несмотря на то что в отношении психического здоровья этих людей и возникали какие-то сомнения, тем не менее при выписке из больницы у них не было найдено психического заболевания ("практически здоров") или же были поставлены диагнозы ("невро-

тические реакции", "психопатия"). Все названные диагнозы были окончательно установлены в клинике после выписки больного.

Результаты исследования. Испытуемые этой группы с легкостью воспринимали инструкцию, условность задания была доступна, они без труда опосредовали любые данные слова или выражения, независимо от степени их условности и абстракции. Так, например, к выражению "веселый праздник" чаще всего рисовали флаг, салют, рюмку вина, демонстрацию, улыбающееся лицо, елку, магнитофон; но иногда встречались и такие рисунки: три гвоздики (как символ революционных праздников), гитара, дети, игрушки и т.п.; к слову "развитие" чаще всего были сделаны такие рисунки, как спираль, график, мозг человека, маленький и большой человек, яйцо, книга, деление клетки, диаграмма, несколько растений; к слову "справедливость" чаще всего рисуют фемиду, судью в кресле.

Из анализа образов, избранных здоровыми людьми, видно, что хотя каждое предложенное для запоминания слово допускало неограниченное количество выборов, но многие из них были стандартны или банальны.

А.Р. Лурия в лекциях, посвященных "опосредованному запоминанию", писал: "Каждое слово является не только образом предмета, но и *системой потенциальных связей*, в которые вступает данный предмет". Следовательно, как отмечает А.Р. Лурия, в процессе опосредованного запоминания человек заботится не о том, чтобы выделить *пригодные* для запоминания связи. Связи, которые испытуемые применяют для запоминания, могут быть искусственны, не отражать существенных отношений действительности, но они должны быть адекватны по содержанию, так как именно адекватность выбора и обеспечивает надежность воспроизведения.

Совершенно противоположный характер носили выборы больных шизофренией. Этими больными при выполнении метода пиктограмм было продуцировано всего 2462 выбора. Среди полученных видов выборов было отмечено адекватных по содержанию 37%, неадекватных — 62%. Критерий деления выбираемых больными образов на адекватные и неадекватные не мог, разумеется, быть субъективным. Не было, однако, убедительных формальных оснований для такого деления. Суммируя материал, можно было отметить, что отсроченное воспроизведение 10 слов было доступнее больным шизофренией, чем отсроченное на такой же интервал времени воспроизведение пиктограмм. Но критерий воспроизведения для оценки адекватности каждого отдельного образа не был пригоден, так как все исследованные больные были молоды и воспроизводили часто механически (даже такие слова, которые пропускали, совсем

ничем не опосредовали либо опосредовали нелепо). Можно было бы столь же суммарно отметить, что в отличие от некоторой стандартности выборов у здоровых ("дружба — рукопожатие", "болезнь — кровать" и т.д.) выборы психически больных, особенно больных шизофренией, были нестандартными, своеобразными (аналогично нестандартности признаков сравнения в работе Т.К. Мелешко).

Нам, однако, казалось более уместным и продуктивным, отправляясь от обобщения фактического материала, выявить типологию и подвергнуть анализу все выборы. Доказательством неадекватности становится при таком подходе сам психологический анализ выбранных образов. Приведем примеры наиболее неадекватных, почти необъяснимых образов.

При запоминании выражения "тяжелая работа" больной рисует Иисуса Христа, объясняя так: "Вокруг головы сияние, он сияет от счастья... не делай зла ближнему. Одухотворенное лицо. Иисус Христос выполняет свою функцию".

К слову "справедливость" рисует курицу: "Если я в жизни украл курицу, то меня спрашивают и я говорю: да, я украл курицу".

Видно, что образы, которые больные придумывали для запоминания предлагаемых понятий, были очень далекими от содержания заданного понятия. И как ни странно, но подобные виды выборов отмечались у больных с формально сохранными операциями анализа, синтеза, отвлечения, абстрагирования; в пиктограмме таких больных нередко встречались также адекватные по содержанию выборы. Анализу подвергнуть эти связи чрезвычайно трудно. "Отдаленные" образы можно лишь трактовать как "разорванность", "вычурность", "причудливость" и т.п. Это широко распространенные в психиатрии характеристики мышления при шизофрении. Но, как отмечает Ю.Ф. Поляков, "такие понятия представляют собой лишь образные характеристики того, как мы воспринимаем проявления нарушений", поэтому теоретическая задача заключалась в попытке психологического анализа особенности мышления, анализа этих причудливых выборов.

В связи с возникшей трудностью в объяснении столь "отдаленных" связей мы решили попытаться построить психологический анализ выборов на более доступных, менее причудливых видах связей, надеясь, что результаты их анализа помогут разобраться в причинах возникновения и в характере структуры "отдаленных" связей.

1. АНАЛИЗ ВЫБОРОВ ПО ОБЪЕКТАМ

Выхолощенные (9%). К ним мы отнесли пустые, бессодержательные, схематичные связи. Схематизация доходит иногда в рисунках до полной абсурдности. Испытуемые делают настолько

условные рисунки, что их становится невозможно дифференцировать. Иногда создают не рисунки, а пустые схемы. Рисунок настолько теряет границу условности, что в нем, по существу, ничего не остается от нужного слова. У таких больных вся нужная условность для данного задания отсутствует. Мы приведем несколько таких видов выборов.

Больная Б., 1937 г. рождения, образование среднее. При запоминании слова "справедливость" ставит две точки: "Сказано — сделано. Если многоточие, то это без окончания".

Больной А., 1941 г. рождения, образование среднее. Для того чтобы запомнить слово "справедливость", рисует круг: "Справедливость ассоциируется у меня почему-то с кругом. Круг — это вроде без всяких углов".

Псевдоабстрактность. Подвидом указанных типов выборов являются псевдоабстрактные, т.е. такие, в которых средством запоминания служили не пустые значки, точки, линии, а абстрактные фигуры. Эти фигуры также несли символическую нагрузку.

Больной Д., 1940 г. рождения. "Разлука" — рисует брусок: "Брусок потянули, он и порвался, не выдержал нагрузки, ведь разлука исходит не от людей, которые разлучаются, а от каких-то внешних условий, факторов. Было единое целое, единое тело, а образовалось два, разлучаются две соседние части одного и того же тела".

Больной В., 1945 г. рождения. "Сомнение" — рисует бесформенный предмет: "Что-то бесформенное, неопределенный предмет... сомнение — это тоже неопределенность".

Предметность рисунка для припоминания не была выдержана, выборы были чрезмерно широкими и совершенно не отражали реального содержания слова.

Из примеров, приведенных выше, видно, что больные опосредовали процесс запоминания неадекватно, т.е. выбирали такие образы для запоминания, которые уже сами по себе не имели никакого содержания, не несли никакой информации, которая бы помогла при воспроизведении. Содержательность здесь полностью отсутствовала, больной оперировал бессмысленными символами. Здесь следует отметить, что абстрактные знаки и символы нередко встречаются в пиктограммах психически здоровых людей, но там они содержательны. Здесь дело идет о явлении, существенно отличающемся от того, которое обозначается словом ("символ") в применении к психике здорового человека. Для последнего символ есть условное обозначение какого-либо понятия или отношения при помощи определенного конкретного знания ("сердце — любовь", "якорь — надежда", "спираль — развитие"). Психически здоровый человек

отчетливо разграничивает буквальное значение от переносного, конкретное от отвлеченного, поэтому он, употребляя символ, всегда отдает себе отчет в относительном и условном характере связи между обозначением и обозначаемым.

Выборы по созвучию (2%) также следовало отнести к формальным. В данном случае больные при выборе образа, помогающего запомнить, руководствовались звуковым составом слова и выбирали такой рисунок, в название которого входил тот же самый слог, что и в заданное слово. Приведем примеры.

Больной Р., 1945 г. рождения. Чтобы было легче запомнить слово "обман", рисует ложку: "Это ложь, можно обмануть друг друга, врать. Это тоже обман. Обман — это ложь, ложь похожа на ложку".

Больной Н., 1922 г. рождения, образование среднее. Для запоминания выражения "мальчик — трус", рисует мальчика в трусах: "Мальчик в трусах, именно трусы, специальной темной линией обвел, чтобы они привлекали мою память и умышленно не нарисовал ног, на трусах букву Т".

Анализ приведенных средств запоминания показывает, что больные при выборе образов руководствовались составом слова, начальными буквами, внешними впечатлениями.

Здесь также нарушены конкретные связи, слова не соединены между собой смысловым образом, остается пустая форма слова, связь между ними образуется "на основе внешних, чисто звуковых моментов". Это было описано Б.В. Зейгарник.

Конкретные выборы с символическим объяснением (6%). При образовании указанных видов выборов больные оперировали уже не пустыми символами или абстрактными фигурами, а конкретными образами. Однако эти образы не отражали содержательную сторону заданного понятия, а также несли на себе символическую нагрузку. Приведем примеры.

Разлука — песочные часы. "Песочные часы — символ времени и разлуки, так как песок — это живое, имеет свойство передвижения, а символ разлуки, так как этот песок подчинен не природе, а замкнут в сосуде, он мертвый, но живущий, так как живет посредством человека".

Дружба — бетонный блок. "Что важнее всего в дружбе? Ее крепость, монолитность. Нарисую бетонный блок. Бетонный блок — это символ прочности".

Счастье — цветок и мотылек. "Цветок и порхающий мотылек — это символ спокойствия и равновесия в жизни".

Рис. 1

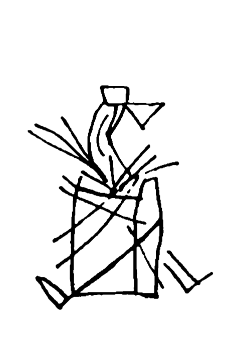
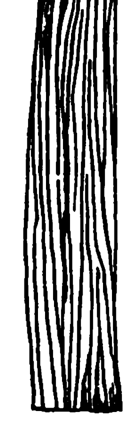



Рис. 2

Больной А., 1946 г. рождения. Чтобы запомнить слово "разлука", рисует стену, мусорное ведро и человека. Объясняет: "Стена, мусорное ведро и сидит человек на этом ведре, обхватив голову, и думает, что снова один. Человека как ненужную личность, бесполезность его существования можно ассоциировать с мусором, помойкой, тоже которая не нужна. Стена — символ одиночества, это символ того, что человек замкнулся в себе. Стены обычно такие рисуют, очень высокими".

Мы видим из примеров, что больные при опосредовании брали один из аспектов понятия. Этот аспект настолько расширялся и гипертрофировался, что полностью определял выбор образа. Разберем один из примеров. При опосредовании слова "дружба" больной рисует бетонный блок. Из рассуждений больного вытекает, что дружба — это "прочность", "монолитность". Да, дружба действительно ассоциируется с перечисленными понятиями. Но больной односторонне подходит к понятию, рассматривает "дружбу" только именно в одном аспекте. Избранный аспект, в свою очередь, настолько неадекватно раздут и гипертрофирован, что очень легко увязывается больным с "бетонным блоком". Таким образом, получается, что бетонный блок — символ дружбы.

Конкретные выборы с масштабным объяснением (2%). По своей структуре и по происхождению они близки к описанным выше видам выборов. В основе указанного вида выбора также лежит привлечение конкретного образа. Но пользуются им неадекватно, придавая ему неоправданно широкий смысл. Приведем примеры.

Сомнение — люди, дома (все перечеркнуто). "Вообще жизнь, люди, дома — и сомнение, есть ли во всем этом смысл".

Ум — два каких-то тела. "Способность человека соединять различные, далеко стоящие вещи, какие-то идеи, образы".

Обман — мозг и речевой аппарат. "Мозг и речевой аппарат — говорит одно, а думает другое".

Богатство — рыба. "Рыбные запасы — богатство государства".

Остановимся на примере запоминания слова "сомнение". Нарисованы конкретные предметы (люди, дома), а рассуждение ведется о жизни вообще, следовательно, и о сомнении вообще. Рассуждения приобретают настолько масштабные размеры, что теряют

смысл, превращаются в символическое обозначение. Этот большой масштаб в применении к мелким конкретным фактам или предметам характеризуется понятием "резонерство" (как это указано Т.И. Тепеницыной).

Конкретные выборы, основанные на чувственном впечатлении (7%). Этот тип выборов близок по значению разобранным выше видам образов. Приведем примеры.

Обман — расходящиеся линии. "Взрыв чувств, сопровождаемых обман... реакция на обман".

Печаль — паутина. "Паутина всегда связана с темными углами в доме, а темные углы навевают грусть".

Справедливость — руки. "Чистые руки, нравственно чистые руки, такой человек справедлив, он не делает зла".

Из примеров видно, что больные при выборе образа для запоминания руководствовались чувственными впечатлениями. Так, к слову "обман" больная рисует расходящиеся линии, так как обман сопровождается "взрывом чувств". Такое переживание возможно. Но в данном случае опять взята одна сторона понятия, которая слишком гипертрофируется.

Все приведенные варианты выборов мы объединяем в *группу символических.*

Анализ результатов. Склонность больных шизофренией к символизации уже давно была отмечена многими психиатрами (С.С. Корсаков, В.А. Гиляровский, Г.Е. Сухарева, А.А. Перельман, А.Н. Залманзон) и психологами (Г.В. Биренбаум, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн). Некоторыми из них была предпринята попытка дать теоретическое обоснование указанному факту. Так, В.А. Гиляровский объясняет склонность больных к символике "паралогичностью" мышления. Г.Е. Сухарева в своих работах отмечает, что "во многих случаях уход от реального в мир схем и абстракций несомненно играет роль гиперкомпенсации". Больной начинает строить свои собственные системы, прорабатывать все по особой схеме, "все в жизни детерминируется для него какими-то математическими критериями", — пишет Г.Е. Сухарева. Больные отходят от реальности, с которыми у них нет адекватных и эмоциональных связей, в свой особый мир, часто мир причудливых схем и вычурных, абстрактных конструкций". Г.В. Биренбаум, изучавшая нарушения понятий у душевнобольных, также указывала на склонность больных шизофренией к "схематической" и "пустой" символике. Она отмечает, что "это не богатая абстрактность, являющаяся высшей формой отображения действительности, а вычурный формальный прием, благодаря преломлению действительности через аутизм больного". С.С. Корсаков указывал на сочетание рифмованных слов, или сочетания слов по созвучию начальных слогов (аллитерация), или переход от одной идеи к другой только по сходству какого-нибудь признака".

Детальный анализ приведенных примеров позволил нам ближе подойти к теоретическому объяснению возникновения символических выборов. В основе возникновения каждого такого выбора лежит, видимо, разная степень аффективной насыщенности мыслительного акта. Там, где проведены были выборы, сделанные на основе чувственного впечатления, а также выборы с масштабным и символическим объяснением, отчетливо выступает роль аффективной насыщенности мыслительного акта больных. Действительно, когда больной выбирает к слову "печаль" — "сломанную ветку", эта связь без сомнения отражает некоторый аффективный накал больного. Он сам раскрывает нам свои переживания, сравнивая этот образ с гибелью ребенка. Такого рода выборы могут возникнуть только при особой эмоциональности восприятия, при наличии обостренных переживаний. Такая трактовка возникновения символических образов полностью согласуется с мнением Б.В. Зейгарник. Б.В. Зейгарник прямо ставит символику мышления больных шизофренией в тесной связи с "разноплановостью" и эмоциональной насыщенностью. В своей монографии автор пишет: "Именно из-за "разноплановости" мышления и эмоциональной насыщенности обыденные предметы начинают выступать в виде символов".

Правомерно сомнение в том, что все эти виды выборов являются родственными по происхождению. По всей вероятности, выхолощенные, пустые по созвучию выборы могут свидетельствовать не столько об аффективном накале, сколько об угасании, опустошении аффективной жизни. Действительно, когда больные для запоминания самых разнообразных понятий рисуют только одни знаки, точки или используют какой-то слог заданного понятия, эти образы говорят о начале эмоционального опустошения (имеется в виду не дефектное состояние больных, а первые проявления выхолощенности). Здесь имеется в виду не количественная степень аффективного накала, а определенная динамика аффективного мировосприятия, от накала до пустоты. Эмоции, испытываемые больными, не регулируют его мыслительный акт, а, наоборот, дезорганизуют его. Выборы образов для запоминания становятся неадекватными.

Таким образом, объяснение всем описанным видам выборов следует искать в динамике аффективного насыщения интеллектуального акта, что и отличает их от следующей группы образов для запоминания.

2. АНАЛИЗ ВЫБОРОВ ПО ДИНАМИКЕ МЫСЛИТЕЛЬНОГО АКТА

Неадекватность выборов проявляется часто не столько в выбранном образе для запоминания, сколько в самом процессе выбора.

Множественный тип выборов (5%). Данный вид выборов является следствием наиболее грубого нарушения динамики мыслительных процессов. Для подобного типа выборов харак-

терно, что к заданному понятию выбирается несколько не связанных между собой образов для запоминания. Приведем пример.

Справедливость — весы, полка с книгами, ребенок и солнце. "Весы, рычаг не колеблется — значит, все справедливо, чаша "грехов" не перетягивает чаши "наказаний". Одна чаша темная, другая — светлая. В черной — грех, в светлой — наказания. Стрелка вверх, так как справедливость торжествует, не хочу судить вверх ногами... Полка с книгами — свод законов, судить нужно справедливо, по закону, но не так, чтобы после этого было причинено зло, выше этих законов может быть свобода, данная человеку от природы, человек рожден свободным. Птичка и цветок — символ свободы. В настоящее время нужно помнить о том, что справедливость — это дар потомкам, маленький ребенок — символ потомства, чтобы дети были всегда счастливы, пусть всегда будет солнце. Весы ниже всего, а выше — свобода".

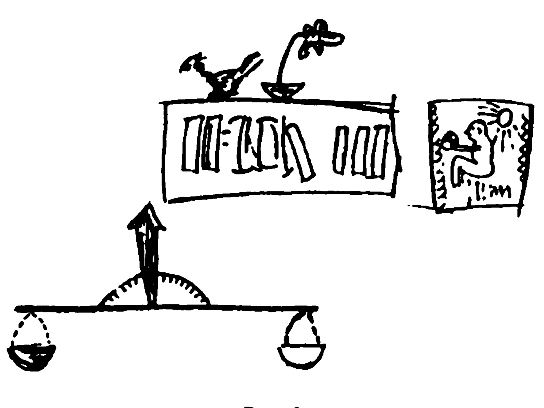


Рис. 3

Из примера видно, что для запоминания одного понятия больной использует сразу несколько образов, которые по содержанию далеки друг от друга и не связаны между собой. Мыслительные процессы больного грубо расплывчаты, ненаправленны, что характерно для больных шизофренией. В связи с этим и отмечается такая легкость выборов образов для запоминания. В расплывчатости, ненаправленности и лежит причина множественности выборов.

Такой тип выборов следует отличать от обстоятельности, которая свойственна больным эпилепсией. У наших больных также отмечалась обстоятельность выборов (5%). В тех случаях, когда имеет место обстоятельность, речь может идти только лишь о многопредметности выборов, т.е. все предметы *расположены в одном плане и каждый предмет служит для подкрепления запоминания*. Например, больной эпилепсией, решая нарисовать к слову "болезнь" кровать, обязательно подрисует лежащего на кровати человека, градусник, пузырек с лекарством. Из этого примера видно, что больной не может отвлечься от множества конкретных связей, не в состоянии оттормозить что-либо одно главное. (Об этом факте писала в своей монографии Б.В. Зейгарник). Между тем множественность — следствие разноплановости, расплывчатости ассоциаций.

Полной противоположностью множественным и обстоятельным выборам являются стереотипные выборы. Такой тип связей обнаруживается только при рассмотрении пиктограммы в целом. Примером таких связей служат пиктограммы, в которых больные для запоминания самых разнообразных, даже разнородных понятий, пользуются одними и теми же образами (например, рисуют или только людей, или только дома, или только цветы и т.п.).

Такой тип выборов является также следствием нарушения динамики мыслительных процессов. Но нарушения при стереотипии выборов уже иного порядка, мысль течет настолько инертно, что больные как бы застревают на одном образе.

Конкретные выборы с расплывчатостью в объяснениях (15%). Отличительной особенностью названных образов является факт, когда больные, выбирая близкие к адекватным образы, не используют его как средство запоминания, не удерживаются на единой линии, уходят в объяснениях к избыточным, побочным ассоциациям. Приведем примеры.

Разлука — стена. "Это стена, большая, глухая, человек перед ней, потерявший часть себя, часть сил, измученный, тоскующий... эта тоска отнимает у него силы, возможности, единственно чем держится — это надеждой".

Да, "стена" может напомнить "разлуку". И вначале больной правильно начинает рассуждать и объяснять выбор, но в своих рассуждениях быстро уходит в сторону и начинает рассуждать просто о человеке, его надеждах, вплетая в рассуждения собственные переживания. Конкретный образ как бы растворялся, расплывался в рассуждениях больного и не мог служить средством запоминания.

При такого рода выборах нарушения мыслительного акта выступают не столько в содержании самих выборов, сколько в объяснениях.

Фрагментарный вид выборов (13%). Указанный вид выборов характеризуется тем, что выбранные образы являются фрагментами конкретной ситуации, созданной самими больными, но фрагментами, избранными *неудачно*. Приведем примеры.

Развитие — счеты. "Устный счет, развиваются, когда считают".

Надежда — скамейка. "Скамейка, когда надеятся, то обязательно ждут, ждать, стоя, неудобно".

Справедливость — палец. "Указательный палец, поднятый кверху... когда люди доказывают справедливость, то они могут сделать такой жест".

Мы видим, что в процессе выбора образа строилась конкретная ситуация, которой больные пытались объяснить свой выбор. Но из адекватно построенной ситуации выбирается непригодный для запоминания образ.

Анализ результатов. Как указывает А.Р. Лурия, "в процессе опосредованного запоминания человек не заботится о том, чтобы выделить *пригодные* для запоминания". Но фрагментарные выборы, которые встречались у наших больных, совершенно были непригодны и неполезны для запоминания. Можно было бы предположить, что эти фрагменты пригодны для больного потому, что связаны с его личными переживаниями, т.е. являются эгоцентричными. Однако пояснения больных доказывают, что это не так. Например, если больной рисует скамейку к слову "надежда", можно было бы думать, что это связано с личными переживаниями, но объяснение "стоя, ждать неудобно" отрицает такое предположение. Такой неудачно выбранный фрагмент мог возникнуть только при ненаправленности мыслительного акта.

Фрагментарный тип выборов следует отнести к менее грубым нарушениям динамики мыслительного акта, но все же к нарушениям ее.

Таким образом, в этом разделе объединены такого рода выборы, которые обусловлены нарушением динамики психических процессов (инертность, замедленность, чрезмерная текучесть), и такие, в которых нарушена целенаправленность мыслительного акта.

3. АНАЛИЗ ВЫБОРОВ ПО ЗНАЧИМОСТИ СОДЕРЖАНИЯ

Методика пиктограммы, стимулирующая свободный выбор образа для запоминания, носит в некоторой степени прожективный характер. Она в норме отражает личные интересы, замыслы или опасения испытуемых. Особенно велико это отражение при задании запомнить эмоционально значимые слова ("надежда", "счастье", "болезнь" и т.п.). Иногда даже для запоминания нейтральных слов здоровые испытуемые избирали слова, связанные с личными устремлениями (например, "богатство" — автомобиль или новая квартира).

У здоровых испытуемых эгоцентричных выборов, личностно-значимых, было немного. В патологии же эта личностная обусловленность выступает резче и конкретнее. Чаще всего пиктограммы, состоящие из сплошь эгоцентричных, наблюдались при эпилепсии. Но нередко они выступали у больных шизофренией. Эгоцентричность здесь достигала степени нелепости. Больной отказывался рисовать что-либо для запоминания выражения "вкусный ужин", так как он сам никогда не ужинает. Иногда больные с ипохондрическим синдромом к тому же "вкусному ужину" рисовали микробы. В ряде случаев в пиктограммах впервые обнаруживались суицидальные намерения больных.

Наличие эгоцентрически обусловленных выборов зависело не только от содержания переживаний больных, но и от степени доступности.

В ряде случаев больные даже к эмоционально значимым словам приводили слишком общие, не имеющие никакого отношения к их переживаниям. Так, например, больной, находящийся в психиатри-

ческой больнице, может к слову "болезнь" нарисовать человека, у которого одна рука короче другой, или перевязанный порезанный пальчик. Это говорит о том, что больные не желают раскрываться перед экспериментатором, не хотят показывать свои внутренние переживания и мысли. Такого рода выборы дают возможность вскрыть внутреннюю эмоциональную отгороженность больного.

Мы наблюдали у больных шизофренией и другой вариант "отгороженности" и нежелания показать, обнажить свой внутренний мир. В этом случае больные использовали пословицы, поговорки, выдержки из песен и литературных произведений.

* * *

Особый интерес представляет анализ качества рисунков — не с точки зрения художественной ценности, а как выражение состояния психики (незавершенность, схематичность и т.д.). Этому посвящено огромное количество зарубежной литературы, в большинстве — психоаналитической, но иногда имеющей и диагностическую ценность. Это дает возможность проанализировать и наш материал, что будет предметом дальнейшей работы.

Выводы

1. Пиктограмма оказалась эффективным методом для оценки мышления больных шизофренией, в частности для ранней диагностики расстройства мышления.

2. Процесс составления пиктограммы представляет собой целостный акт, в котором как бы слиты мнестические, эмоциональные и содержательные компоненты мыслительного акта.

3. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что неадекватность мыслительных процессов при шизофрении обусловлена не только неадекватностью самого *объекта* выбора, а обязательно сочетается с нарушением *процесса* выбора объекта для запоминания.

Б.В. Зейгарник

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ*

Нарушения мышления являются одним из наиболее часто встречающихся симптомов при психических заболеваниях. Клинические варианты расстройств мышления чрезвычайно многообразны. Некоторые из них считаются типичными для той или другой формы бо-

* См.: *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М., 1986.

лезни. При установлении диагноза заболевания психиатр часто руководствуется наличием того или другого вида нарушений мышления. Поэтому во всех учебниках и монографиях по психиатрии, посвященных самым различным клиническим проблемам, имеется немало высказываний относительно расстройства мышления; имеется множество работ, описывающих расстройства мыслительной деятельности, и в психологической литературе. Однако единой квалификации или единого принципа анализа этих расстройств нет; происходит это потому, что при описании и анализе нарушений мышления исследователи базировались на различных психологических теориях мышления, на различных философско-методологических положениях.

Нарушения мышления, встречающиеся в психиатрической практике, носят разнообразный характер. Их трудно уложить в какую-нибудь жесткую схему, классификацию. Речь может идти о параметрах, вокруг которых группируются различные варианты изменений мышления, встречающиеся у психически больных.

Нам представляется возможным выделить следующие три вида патологии мышления: 1) нарушение операциональной стороны мышления, 2) нарушение динамики мышления, 3) нарушение личностного компонента мышления.

Особенности мышления каждого отдельного больного далеко не всегда могут быть квалифицированы в пределах одного вида нарушений мышления. Нередко в структуре патологически измененного мышления больных наблюдаются более или менее сложные сочетания разных видов нарушений. Так, например, нарушение процесса обобщения в одних случаях сочетается с нарушением целенаправленности мышления, в других — с различными подвидами нарушений его динамики.

Нарушение операциональной стороны мышления. Мышление как обобщенное и опосредованное отражение действительности выступает практически как усвоение и использование знаний. Это усвоение происходит не в виде простого накопления фактов, а в виде процесса синтезирования, обобщения и отвлечения, в виде применения новых интеллектуальных операций. Мышление опирается на известную систему понятий, которые дают возможность отразить действие в обобщенных и отвлеченных формах.

Как правильно указывает в своей работе "О мышлении и путях его исследования" С.Л. Рубинштейн, обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи между явлениями и объектами. Оно означает иное отношение к объекту, возможность установления иных связей между объектами. С другой стороны, оно представляет возможность установления связи между самими понятиями. Установленные и обобщенные в прежнем опыте систе-

мы связей не аннулируются, образование обобщения идет не только путем заново совершаемого обобщения единичных предметов, а путем обобщения прежних обобщений. На это указывал Л.С. Выготский. Обобщение дано в системе языка, который служит передаче общечеловеческого опыта и позволяет выйти за пределы единичных впечатлений.

При некоторых формах патологии психической деятельности у больных теряется возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения.

Исследования мышления больных, страдающих различными заболеваниями мозга, обнаружили, что нарушения операциональной стороны мышления принимают различные формы. При всем их разнообразии они могут быть сведены к двум крайним вариантам: а) снижение уровня обобщения; б) искажение процесса обобщения.

Снижение уровня обобщения. Снижение уровня обобщения состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях; оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. При выполнении экспериментального задания подобные больные не в состоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие. Так, например, в опыте по методу классификации* один из подобных больных отказывается объединить в одну группу кошку с собакой, "потому что они враждуют"; другой больной не объединяет лису и жука, потому что "лиса живет в лесу, а жук летает". Частные признаки "живет в лесу", "летает" больше определяют суждения больного, чем общий признак "животные".

При ярко выраженном снижении уровня обобщения больным вообще недоступна задача на классификацию: для испытуемых предметы оказываются по своим конкретным свойствам настолько различными, что не могут быть объединены. Даже стол и стул нельзя отнести к одной группе, так как "на стуле сидят, а на столе работают и кушают". Больной отказывается объединить ключ и ножницы, так как они разные: "Это ключ, а это ножницы, что же может быть между ними общего?" В некоторых случаях больные создают большое количество мелких групп на основании чрезвычайно конкретной предметной связи между ними, например ключ и замок, перо и ручка, нитка и иголка, тетрадь и карандаш. Иногда испытуемые объединяют предметы как элементы какого-нибудь сюжета (больной рассказывает что-нибудь по поводу этих предме-

---

* Описание этой и дальнейших указанных методик см.: *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии.

тов), но классификация не производится. Например, одну группу составляют яйцо, ложка, нож; другую — тетрадь, перо, карандаш; третью — замок, ключ, шкаф; четвертую — галстук, перчатки, нитки и иголки и т.д. При этом испытуемый объясняет: "Он пришел с работы, закусил яйцом из ложечки, отрезал себе хлеба, потом немного позанимался, взял тетрадь, перо и карандаш..." Такого рода ошибочные решения мы обозначаем как конкретно-ситуационные сочетания.

Возможность оперирования обобщенными признаками характеризует мышление как деятельность аналитико-синтетическую. Поэтому нарушения типа конкретно-ситуационных сочетаний больше всего обнаруживались при выполнении основных заданий (классификация предметов, объяснение пословиц и т.д.), в которых эта умственная операция четко выступает.

Среди всех обследуемых больных выделяется группа таких, которые выполняли эти задания в описанном выше конкретно-ситуационном плане.

В табл. 1 показано выполнение больными задания на классификацию предметов по типу конкретно-ситуационных сочетаний.

В основном такие решения были у олигофренов (у 95% этих больных), а также у больных с рано начавшимися эпилептическими процессами (86%). Такой тип решений наблюдался и у значительной части больных, перенесших тяжелые формы энцефалита (70%).

В психическом состоянии этих больных, как правило, не отмечалось психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций, расстройств сознания); преобладали данные об их общем интеллектуальном снижении.

Эти больные могут правильно выполнить какую-нибудь несложную работу, если ее условия ограничены и жестко предопределены. Изменение условий вызывает затруднения и неправильные действия больных. В больничной обстановке они легко подчиняются режиму, принимают участие в трудотерапии, помогают персоналу; однако часто вступают в конфликты с окружающими, не понимают шуток, вступают в споры с другими слабоумными больными.

В некоторых случаях, при более выраженной степени заболевания больные затрудняются даже в объединении слов по конкретному признаку. Так, например, один из больных эпилепсией составляет следующую группу слов: петух, козел, собака, лошадь, кошка. Казалось бы, что им образована группа на основании обобщенного признака "животные", но больной тут же объясняет: "Вот у крестьянина собака, петух, козел — все это в хозяйстве; может быть, кошка ему не нужна, хотя нет, если есть собака может быть и кошка". Составленная им группа — это не группа "животные" во-

обще и даже не группа "домашние животные", а конкретные животные у конкретного хозяина, у которого может и не быть кошки. Иногда мы сталкивались с таким решением задачи, когда больные предлагали разделить предметы по признаку определенного вида производства: писчебумажного, хозяйственного, жестяно-скобяного и т.д.

Иногда предметы "сортируются" таким образом, что объединенными оказываются лишь ближайшие два предмета. Например, к столу присоединяется книга ("у стола надо сидеть"); к дивану прикладывается книга ("на диване хорошо читать"), тетрадь ("может, написать нужно что-нибудь"), карандаш ("пишут карандашом или ручкой, здесь ее нет"). Сама задача классификации больными не принимается.

Таблица 1

ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАНИЯ НА КЛАССИФИКАЦИЮ ПРЕДМЕТОВ ПО ТИПУ КОНКРЕТНО-СИТУАЦИОННЫХ СОЧЕТАНИЙ

Диагноз	Общее к-во больных	К-во больных, выполнивших задание по типу конкретно-ситуационных решений
Шизофрения	155	14 (9,0)*
Эпилепсия	50	43 (86,0)
Сосудистые заболевания головного мозга	125	5 (4,0)
Травмы	170	7 (4,1)
Олигофрения	40	38 (95,0)
Энцефалиты	30	21 (70,0)
Прогрессивный паралич	30	11 (36,7)
Маниакально-депрессивный психоз	15	2 (13,3)
Психопатия	30	—

* В скобках указано количество больных в %.

Из табл. 1 видно, что операция классификации, в основе которой лежит выделение ведущего свойства предмета, отвлечение от множества других конкретных свойств, особенностей предметов, вызывает затруднения, и больные прибегают к ситуационному обоснованию групп.

Аналогичные результаты были выявлены у этой группы больных при выполнении задания по методу исключений. В табл. 2 приводится распределение решений по типу конкретно-ситуационных в этом эксперименте.

Так как один и тот же больной не всегда выполняет все 10 предложенных ему заданий по определенному типу, в таблице приведено общее число предложенных заданий и общее число конкретно-ситуационных решений для каждой группы больных. Наи-

больший процент таких решений обнаружился у олигофренов (87,5%) и у больных эпилепсией (78,9%), т.е. у тех больных, которые и задание на классификацию предметов выполняли по типу конкретно-ситуационных сочетаний (соответственно 95 и 86% решений). Так, например, при предъявлении карточки, на которой изображены три пары часов и монет, один из больных этой группы не соглашается исключить деньги: "Нет, деньги не лишние. Во-первых, без денег не проживешь, потом ведь только на деньги можно купить часы". Когда же в процессе исследования экспериментатор объяснил, что монета здесь лишняя, больной серьезно протестовал и старался доказать общность часов и денег тем, что "и часы и деньги я могу в карман положить". Другой больной из этой группы при предъявлении предметов (термометр, часы, весы, очки) заявляет, что надо удалить термометр, так как он "нужен только больному человеку". Больная из этой же группы предлагает объединить часы, термометр и очки, так как "если человек близорукий, он смотрит на термометр и на часы через очки".

Таблица 2

ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАНИЯ НА ИСКЛЮЧЕНИЕ ЛИШНЕГО ПРЕДМЕТА ПО ТИПУ КОНКРЕТНО-СИТУАЦИОННЫХ СОЧЕТАНИЙ

Диагноз	К-во больных	Общее к-во предложенных заданий	К-во конкретно-ситуационных решений*
Шизофрения	155	1550	230 (14,8)**
Эпилепсия	45	450	355 (78,9)
Сосудистые заболевания головного мозга	125	1250	350 (28,0)
Травмы	160	1600	316 (19,8)
Олигофрения	40	400	350 (87,5)
Энцефалит	20	200	84 (42,0)
Прогрессивный паралич	30	300	220 (73,3)
Маниакально-депрессивный психоз	10	100	30 (30,0)
Психопатия	30	300	50 (16,7)

* В это число входит и отказ от выполнения задания.

** В скобках указано количество конкретно-ситуационных решений в %.

При предъявлении четырех предметов, из которых три относятся к источникам искусственного света (керосиновая лампа, свеча, электрическая лампочка) и один — естественного (солнце), больные часто выделяют в качестве лишнего предмета керосиновую лампу, объясняя, что сейчас она уже не нужна, "даже в самых глухих местностях проводится электричество". Другие больные по тем же мотивам считают лишней свечу.

В табл. 3 приведены некоторые типичные ответы больных, свидетельствующие о том, что больные оперируют такими свойствами вещей и устанавливают такие взаимосвязи, которые являются несущественными для выполнения задания.

Таблица 3

ТИПИЧНЫЕ ОТВЕТЫ БОЛЬНЫХ СО СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ОБОБЩЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПО МЕТОДУ ИСКЛЮЧЕНИЯ

Предъявление картинки	Больной	Ответы больного
Лампа керосиновая, свеча, лампочка электрическая, солнце	К. (олигофрения)	Надо удалить свечу. Она не нужна, если есть лампочка
-"-	Д. (эпилепсия)	Не надо свечки, она быстро сгорает, она невыгодна, и потом уснуть можно, может загореться
-"-	С. (эпилепсия)	Не нужна лампа керосиновая, сейчас повсюду есть электричество. Может, и свечку удалить?.. Нет, ее нужно оставить, вдруг испортится электричество. У нас так бывает часто, тогда про запас нужна свеча
-"-	К-н (эпилепсия)	Если днем, то нужно удалить солнце, и без него светло, ну, а если вечером... (больной задумывается)... Вечером все равно нет солнца. Нет, неправильно, днем надо удалить свечу, оставить солнце, а вечером не надо солнца
Весы, часы, термометр, очки	К-н (эпилепсия)	Не нужен термометр. Здесь нет врача, здесь нет больницы
-"-	-"-	Не нужны весы. Они нужны в магазине, когда надо завешивать
-"-	С-в (олигофрения)	Удалить надо градусник, он только в больнице нужен
-"-	Р-в (эпилепсия)	Не знаю, все нужно. Часы для времени, градусник измерять температуру. Очки можно, если человек видит хорошо, но если он близорукий, то они нужны ему. Весы не всегда нужны, но тоже полезны в хозяйстве

При более выраженной степени интеллектуального снижения больные не могут понять самого смысла предлагаемой задачи. Они не могут усвоить, что для исключения четвертого лишнего предмета необходимо объединение трех предметов по какому-то принципу, руководствуясь которым, надо противопоставить им четвертый. Сама умственная операция объединения и противопоставления оказывается им не под силу.

Нередко сразу же после ознакомления с инструкцией больные протестуют: "Здесь ничего лишнего нет, все предметы нужны". Так, больная Д. (результаты исследования которой приведены ниже) при предъявлении изображений ботинка, туфли, сапога и ноги заявляет: "Извините, здесь нет ничего лишнего. Это человеческая нога, на нее можно и туфлю, и ботинок, и сапог, и чулок надеть... Да, здесь чулок нет... Если женская нога, то туфля... А может, у нее нога больная — то ботиночки... Для мужчины сапог подходящий, я так сужу". Когда же экспериментатор предлагает исключить ногу, так как она является частью тела, а остальные три предмета представляют собой обувь, больная смеется: "Что это вы шутите, не понимаю? Разве можно ногу удалить? Если бы не было у человека ноги, то зачем ему нужна обувь?"

Другой больной (олигофрен) тоже не соглашается с предложением экспериментатора исключить ногу: "Здесь ведь только одна туфля, один ботинок и один сапог, пары нет. Так как же их одеть? Их скорее можно отбросить, а ногу уж обязательно оставить надо. Можно и с одной ногой, с костылем ходить можно, хоть и неудобно". Больные подходят к изображенным предметам с точки зрения их жизненной пригодности и не могут выполнить того теоретического действия, которого требует от них задача.

Невозможность выполнения задания в обобщенном плане, неумение отвлечься от отдельных конкретных свойств предметов связаны с тем, что больные не могут усвоить условности, скрытой в задании.

Особенно четко выступает такое непонимание условности при толковании испытуемыми пословиц и метафор.

Как известно, пословицы являются таким жанром фольклора, в котором обобщение, суждение передаются через изображение отдельного факта или явления конкретной ситуации. Истинный смысл пословицы только тогда становится понятным, когда человек отвлекается от тех конкретных фактов, о которых говорится в пословице, когда конкретные единичные явления приобретают характер обобщения. Только при этом условии осуществляется перенос содержания ситуации пословицы на аналогичные ситуации. Такой перенос сходен по своим механизмам с переносом способа решения одной задачи на другую, что особенно четко выступает при отнесении фраз к пословицам. Рассматривая проблему переноса, С.Л. Рубинштейн отмечает, что "в основе переноса лежит обобщение, а обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи".

Исследованию понимания переносных значений посвящен ряд работ как отечественных, так и зарубежных авторов. Так, работами

Л.С. Выготского, Ж. Пиаже показана взаимосвязь между пониманием переносных значений и уровнем образования понятий.

К. Шнейдер, Э. Гадлих, К. Гольдштейн установили, что больные с заболеваниями центральной нервной системы часто не могут понять переносного смысла пословиц и метафор. Экспериментальный материал, собранный этими учеными, представляет интерес, однако они рассматривали нарушение понимания переносного смысла как самостоятельный факт, придавали ему самодовлеющее значение, связывая это нарушение непосредственно с измененным значением слов. Между тем процесс непонимания переносного смысла пословиц неоднозначен. Больше того, редко наблюдаются факты полного непонимания переносного смысла. Как правило, оно бывает неполным, лишь частично измененным.

Затруднения в понимании переносного смысла предложений зависят не только от измененного значения слов, но и от других факторов (неадекватного отношения больного к поставленной перед ним задаче, измененной динамики мышления и т.д.). Не останавливаясь на всех этих факторах — о них будет идти речь в следующих главах, мы хотим здесь указать, что больные, которые не могли выделить обобщенный признак в опыте на классификацию предметов, часто не могут передать переносного смысла пословиц. "Куй железо, пока горячо" означает, по мнению одного из больных, что "железо нельзя ковать, когда оно холодное". Другой больной заявляет: "Железной рука не бывает. Если речь идет о протезе — его делают из дерева, а не из железа". Еще один больной при предъявлении пословицы "Не в свои сани не садись" говорит: "Зачем же в чужие сани садиться? Как же это? Нехорошо в чужие сани лезть!" Экспериментатор пытается объяснить, что эту пословицу можно применять и не в отношении саней. Больной не соглашается: "Как же это случилось, чтобы в чужие сани сесть? Может быть, кто задумался и по рассеянности не в своих санях уехал?" Экспериментатор: "Ну, а если человек не за свое дело взялся, можно применить эту поговорку?" Больной: "Нет, нельзя, тут ведь сани, а там какое-то дело". Лишь с большим трудом удавалось в некоторых случаях объяснить больному переносный смысл; однако при предъявлении следующей поговорки такой больной опять пытался передать лишь ее конкретное содержание. Вследствие того, что слово выступает для больных в его конкретном значении, они не могут осмыслить условность, которая кроется в поговорке.

В некоторых случаях отсутствие свободного охвата условного значения выражается в том, что, хотя больные способны понять переносный смысл, пословица кажется им недостаточно точной, не отражающей все фактически возможные жизненные случаи. Так,

один больной не соглашается с пословицей "Шила в мешке не утаишь", заявляя: "Это не всегда так. Бывает же, что жулики скрываются, их не поймаешь. Я знаю такой случай". Другой больной заявляет по поводу поговорки "Волков бояться — в лес не ходить": "Это неверная пословица. Иногда не нужно рисковать: эта пословица проповедует лихачество".

В данном случае больные в состоянии понять условный смысл пословицы, однако тот факт, что она не может быть применена ко всем жизненным случаям, мешает им признать ее правильность. Больные не могут отвлечься от того, что смысл пословицы может не совпадать с частными жизненными ситуациями. Следовательно, и в этих случаях выступает чрезмерная связанность суждений больных реальными жизненными фактами, неумение абстрагироваться от них, что приводит к непониманию условности содержания пословицы и метафоры.

Особенно четко выступает непонимание условности в опыте на опосредованное запоминание (метод пиктограмм). Сложность этого задания состоит в том, что рисунок не может (и не должен) отразить того обилия ассоциаций, которые могут актуализироваться при восприятии слова; необходимо отобрать лишь какую-нибудь из них, которая способна "стать" на место слова, а это возможно лишь при достаточном уровне обобщения.

Г.В. Биренбаум с помощью этой методики обнаружила у больных с грубыми органическими поражениями мозга преобладание конкретно-ситуационных связей; она указывает, что затруднение в правильном установлении условных связей было связано с нарушением образования понятий.

Проведенные нами исследования подтвердили эти данные. У описываемой группы больных этот эксперимент вызывал значительные трудности. Так, при необходимости найти рисунок для запоминания слова "развитие" больной К. говорит: "Какое развитие? Оно бывает разное: и развитие мускулов, и умственное развитие. Какое же вы хотите?" Этот же больной не может придумать рисунок для запоминания слов "тяжелая работа": "Что вы называете тяжелой работой? Мне трудно было в школе задачи решать, а вам, вероятно, тяжело заниматься физическим трудом, вы слабая. Не понимаю, что нарисовать?" Другой больной затрудняется найти рисунок для запоминания словосочетания "больная женщина". Больной пытается нарисовать кровать, но сразу же заявляет, что этот рисунок не подходит, так как больная женщина не обязательно должна лежать: "У нее может быть грипп, и она его на ногах переносит". Тогда испытуемый решает нарисовать столик с лекарствами, но и это его не удовлетворяет: "Ведь не обязательно больная

женщина лекарства принимает. Может быть, она лечится физиотерапией, может быть, у нее только зубы болят, а может быть, у нее роды... Хотя нет, роды не болезнь" и т.д.

Некоторые больные пытаются почти фотографически отобразить в рисунке жизненную ситуацию. Так, при необходимости запомнить выражение "веселый праздник" больной говорит: "Что же нарисовать? Надо бы гармонь, пляску или можно еще накрытый стол, бутылочки бы надо, ну и еду. Как это все изобразить? Я же не художник, да и художнику долго надо рисовать".

Исследуя больных с грубыми поражениями мозга, Г.В. Биренбаум отмечала в проведенной выше работе, что затруднения при выполнении этого задания столь велики, что иногда больные не могут остановиться на каком-нибудь определенном рисунке, так как ни один не передает достаточно полно и точно конкретное значение слова. Аналогичные факты наблюдались и у наших больных. Так, один из них хочет для запоминания слов "голодный человек" нарисовать хлеб, но тут же отвергает этот рисунок как неправильный: "У голодного человека-то ведь как раз и нет хлеба". Тут же он решает изобразить фигуру худого человека, но и этот рисунок его не удовлетворяет, ибо "ведь человек может быть худой не из-за голода, а из-за болезни".

Не будучи в состоянии понять условность, содержащуюся в задании, больные часто пытаются уточнить буквальный смысл слова. Так, больной, данные которого мы только что приводили, с раздражением упрекает экспериментатора: "Вы же мне не сказали, какой это голодный человек и почему он голодный: потому ли, что жертва стихийного бедствия, или потому, что он безработный в капиталистической стране, или он просто не успел покушать". Вместо обобщенного понятия "голодный человек" выступают разные представления о голодном человеке в разных ситуациях.

Приведем типичные примеры выполнения пиктограмм больными эпилепсией.

Больной А. *Веселый праздник*. Как же его изобразить? Ведь веселиться-то можно по-разному. Один любит в праздник в кино сходить — это для него веселье. Ну, другой — выпить... Это, конечно, нехорошо... Ну, немного со знакомыми, приятелями так... для другого веселье в том, что он погуляет в кругу своей семьи, с детками там, или в цирк с ними сходит. Как же это изобразить? Ну, а можно иначе подойти, с точки зрения общественной. Есть всенародные праздники, для всех, ну, например, Первое мая. Демонстрацию изобразить, тогда надо много флагов (больной рисует флаг, но не удовлетворяется). Один флаг недостаточно, надо много флагов, толпу, но я не умею рисовать...

Темная ночь. Как изобразить, чтобы видно было, что, во-первых, ночь и что темная, во-вторых. Можно луну нарисовать, но тогда ведь светло...

Ну, конечно, когда не полнолуние, а только полумесяц, тогда не светло. Но все-таки это не покажет мне, что именно темная ночь. Нарисую я тучу (штрихует). Но ведь тучи бывают не только ночью, они собираются и днем, или перед грозой собираются черные тучи, становится темно. Вот Тургенев описывал хорошо грозу, кажется, в "Записках охотника", но ведь это не обозначает ночи. Лучше я изображу лампу, она зажигается ночью. Правда, часто ее зажинают и вечером, в сумерках... Многие зажигают в сумерки, хотя это вредно для глаз — я так не делаю, я и сумерничать люблю. Что же изобразить, чтобы запомнить "темная ночь"?.. Я нарисую луну и лампу. Луна — для ночи, а лампа — для того, чтобы запомнить, что она темная. Но это не так, не нравится мне то, что я рисую. Ведь это все не то, как говорится...

Тяжелая работа. Ну, уж это совсем нельзя изобразить, ведь мало ли что может быть тяжелой работой? Для одного математика тяжела. Я ее никогда не любил, она мне никогда не давалась. А другому литература не дается... А вот бывает, что слабому человеку физическая работа тяжела. Мало что может быть тяжело... Изображу камни — камни ворочать тяжело. Хотя сейчас есть подъемные краны, ими можно подымать тяжести... Нет, камни не надо рисовать, лучше я молот изображу, как в кузнице, но сейчас их нет, молотобойцев, это тоже сейчас при помощи технических приспособлений делается. Не знаю, доктор, как... Ну, пусть будет и камень и молот.

Больной К-в. *Сомнение*. Как сделать, в чем можно сомневаться? Ведь можно в людях сомневаться, можно сомневаться в том, что не знаешь, какое решение принять. Слабовольные люди часто сомневаются. Можно сомневаться и в вещах. Вот купишь вещь, например материал на костюм или платье. Как знать, чистая ли шерсть или нет? Видите, как можно сомневаться по поводу скольких вещей, а вы хотите, чтобы я так сразу и изобразил. Для этого надо обладать талантом, надо уметь все это изобразить, а одним каким-нибудь рисунком невозможно это сделать, я так не согласен.

Таким образом, сопоставление данных, полученных с помощью различных методов (классификация предметов, метод исключения, объяснение пословиц и метод пиктограмм), обнаружило у больных эпилепсией, энцефалитом и у олигофренов нарушение процесса обобщения: конкретно-ситуационный характер их суждений, непонимание переноса, условности. Эти больные были объединены в группу больных, у которых нарушение мышления квалифицировалось как снижение уровня обобщения.

Снижение уровня обобщения обнаружилось не только при выполнении описанных экспериментальных проб, требовавших более или менее сложной аналитико-синтетической деятельности, но и при актуализации ассоциаций.

Ассоциативный эксперимент, проведенный с больными этой группы (30 больных эпилепсией и 20 олигофренов), обнаруживает необобщенный характер их ассоциаций. В 33,3% случаев (всего было предъявлено 1050 слов) ответная реакция отсутствовала; са-

мо требование "отвечать любым словом" являлось для больных слишком условным заданием: "Стол есть стол, что же мне говорить?" 34,3% ответных реакций больных являлись обозначением функции или признака предмета ("карандаш — писать"; "ягода — красная"), 11,4% ответов были синонимами предъявленного слова и лишь 21% ответов носил адекватный характер.

Для иллюстрации всего вышесказанного о мышлении больных описываемой группы (снижение уровня обобщения) приведем выписки из истории болезни и данные экспериментально-психологического исследования нескольких больных.

Больной Д. (доктор Я.И. Чехович), 1921 г. рождения. В возрасте 11 месяцев перенес менингоэнцефалит. Развивался с задержкой. Учился во вспомогательной школе, специальности не получил. С 16 лет начал работать подсобным рабочим. Физический труд любит, исполнителен, старателен. Легко раздражается, вступает в конфликты. Отмечаются вспышки психомоторного возбуждения с импульсными поступками (рвет на себе белье, выбрасывает вещи из окна), в связи с чем был неоднократно стационирован в больницу.

Больной правильно ориентирован в месте и времени, суетлив, многоречив, стереотипно повторяет одни и те же фразы, вступает в конфликты с больными, плохо подчиняется режиму отделения, однако участвует в трудовых процессах.

В опыте "классификация предметов" больной не сразу понимает инструкцию ("Они же все разные"), пытается сосчитать карточки. После дополнительного объяснения экспериментатора в одну группу кладет изображения телеги и лошади, в другую — врача и термометр, говоря: "Пускай он измерит температуру". В третью группу относит шкаф, кастрюлю, свеклу: "Это все можно варить в кастрюле и поставить в шкаф". Цветок он объединяет с жуком и птичкой, поясняя: "Надо жука посадить на цветок. Птицы кушают жуков, но этот слишком большой... Я видел, как птицы кормят своих птенцов". Платье он объединяет с уборщицей: "Она его будет носить". Лису, медведя и дерево объединяет в одну группу: "Эти живут в лесу". Экспериментатор пытается помочь больному установить более общие связи между предметами, но безуспешно. Так, предложение объединить в одну группу кошку и собаку больной отвергает: "Они не живут мирно". Точно так же больной не соглашается объединить в одну группу рыбу, лисицу, волка и козу: "Нет, так нехорошо. Рыба плавает, лиса и волк живут в лесу, а коза бегает по двору. Их нельзя объединить". Больной не в состоянии объединить карточки по обобщенному признаку, он руководствуется при выполнении задания сугубо конкретными и частными признаками.

В опыте на раскладывание картинок в последовательном порядке больной описывает детали каждой отдельной картинки, не увязывая их в одно целое: "Здесь сломалась телега, а здесь (картинка № 4) чинят; здесь человек гуляет (показывает на картинку № 2, изображающую возчика, идущего в деревню за помощью). Здесь едет телега (картинка № 5)".

Экспериментатор. Где начало рассказа?
Больной. Вот начало (показывает на картинку № 1), сломалось колесо.
Экспериментатор. Где продолжение?
Больной. Вот чинят (№ 4).
Экспериментатор. А потом?
Больной. Вот идет с топором... Вероятно, лес рубит (№ 3).
Экспериментатор. Куда едет возчик?
Больной. Рубить деревья.
Экспериментатор. А может, в деревню за помощью?
Больной. Да, тогда это будет вторая картинка. Точно.

Больной кладет после первой картинки вторую, потом четвертую, затем обращается к третьей картинке, где изображен возчик, возвращающийся с помощником. Только после наводящих вопросов экспериментатора больному удается разложить картинки в правильном порядке.

Больной долго не понимает инструкцию в ассоциативном эксперименте: "Стол и есть стол, что же тут еще сказать?" После дальнейших разъяснений и приведенных примеров больной приступает к выполнению задания. Ответные реакции больного (табл. 4) представляют собой либо определение слова-раздражителя ("воздух" — "чистый"), либо его непосредственную функцию ("лампа" — "зажигают", "хлеб" — "едят"). Из 21 ответной реакции 3 являются определением, 7 — обозначением функций предметов; 10 ответных реакций обозначают повторение слова-раздражителя ("падение" — "падать", "брат" — "брат есть брат"). Следовательно, ассоциации больного носят необобщенный характер, их диапазон узок. Ограниченность диапазона ассоциаций особенно отчетливо выступает при повторном предъявлении тех же слов-раздражителей с инструкцией отвечать иным словом, чем при первом предъявлении. Как видно из табл. 4, наш больной реагирует либо теми же словами, что и при первом предъявлении, либо его ответы являются повторением слова-раздражителя. Лишь в пяти случаях он реагировал другим словом (при этом одно из них является синонимом слова-раздражителя: "звонок" — "колокольчик").

Понимание метафор и пословиц у больного затруднено. При предложении объяснить метафору "Золотая голова" больной говорит: "Золотой головы не бывает, это только на памятнике может

быть позолоченная голова". Пословицу "Куй железо, пока горячо" больной объясняет следующим образом: "Если железо холодное, оно не мягкое, его нельзя ковать: из него не сделаешь подковы для лошадей". На вопрос экспериментатора, можно ли такую поговорку применить к врачам, больной отвечает: "Нельзя. Врач лечит, а не кует, он не кузнец".

Таким образом, и данные этой экспериментальной пробы показывают, что больной не в состоянии отвлечься от конкретных, привычных связей и отношений между предметами.

Таблица 4

ДАННЫЕ АССОЦИАТИВНОГО ЭКСПЕРИМЕНТА
(больной Д.)

Слово-раздражитель	Первое предъявление		Второе предъявление*	
	латентный период (с)	ответная реакция	латентный период (с)	ответная реакция
Хлеб	1,5	Едят	1,5	Булка
Лампа	2,5	Зажигают	2	Зажечь
Пение	2	Хорошее	2,5	Хорошее
Колесо	2,5	Вертится	2,5	Вертится, оно круглое
Красота	3,5	Красивая	2,5	Хорошая
Война	2,5	Война	2	Война, война
Красный	1,5	Цвет	2	Темно-красный
Воздух	2,5	Чистый	2,5	Воздух... не знаю
Голубой	2,5	Цвет	2,5	Цвет
Звонок	3,5	Звенит	4,5	Колокольчик
Гора	1,5	Высокая	2,5	Высокая, нет, ну, колпак
Луна	2,5	Месяц	2,5	Месяц, ну, полумесяц
Брат	2	Брат есть брат	3,5	Брат, родной брат
Лечение	1,5	Вылечить	2,5	Лечить, да, лечение хорошее
Топор	2,5	Топор, колун	3,5	Топор, топорище
Падение	2,5	Падать	5	Не знаю
Голова	1,5	Болит	3,5	Голова
Бежать	2,5	Быстро	3,5	Бежать, ходить
Ягода	2,5	Малина	3,5	Клюква
Шуметь	2	Громко	2,5	Кричать
Глубина	2,5	Глубоко	3,5	Не знаю

* Инструкция: "Отвечайте не тем словом, которым ответили раньше".

Для иллюстрации приведем еще одну выписку из истории болезни и данные психологического исследования.

Больная С. (доктор А.С. Ремезова), 1905 г. рождения. Диагноз эпилепсия. В трехлетнем возрасте перенесла ушиб головы. В школе училась с

трудом и мало. В 15-летнем возрасте появились судорожные припадки с потерей сознания, которые постепенно учащались, резко стала слабеть память, сообразительность. С 1941 г. в связи с ухудшением состояния периодически стационировалась в психиатрическую больницу, получала лечение люминалом, последний раз в 1952 г. В отделении больная вяла, молчалива. В движениях и ответах медлительна. Запас слов беден, круг интересов снижен. С персоналом угодлива, иногда раздражительна, злобна. Наблюдались частые эпилептические припадки (приблизительно раз в неделю) с судорогами и потерей сознания, которые заканчивались сном.

Патофизиологическое исследование (проведенное С.М. Павленко) обнаружило непрочность дифференцировочной реакции, явления последовательного торможения, слабость раздражительного процесса и ослабление внутреннего торможения.

При предъявлении задания на классификацию предметов больная долгое время не может осмыслить инструкцию, подолгу рассматривает карточки. Берет в руки изображение гуся и говорит: "Здесь такого больше нет, это гусак, больше гусаков нет" (откладывает карточку в сторону). Берет карточку с изображением моркови: "Это морковка... Ишь ты, какая красивая коротель, больше таких нет". Экспериментатор предлагает положить морковь в одну группу со свеклой, больная протестует: "То морковка, в это свекла-бурак; они разные". Подумав, продолжает: "Можно из них борщ варить, капусту туда". Ищет карточку с капустой: "Ее нет". Экспериментатор повторяет инструкцию еще раз, предлагая объединить подходящие предметы в одну группу. Больная кладет корову с козой, говоря: "Они вместе пасутся". Экспериментатор предлагает положить туда же медведя, больная испуганно возражает: "Что вы, он съест ее". Предложение экспериментатора объединить в одну группу кузнеца и уборщицу больная принимает: "Пусть их, это муж и жена, а где детки?" Ищет среди карточек, находит лыжника: "Это их сынок".

Задание на установление последовательности событий выполнялось следующим образом. Больная держит в руках картинку № 3, говорит: "Идут, а этот (показывает на картинку № 5) едет в лес. Знать, хотели ехать за дровами, поехали, а этот остается, этот домой хочет ехать". Берет в руки картинку № 4: "Здесь сломалось колесо". Разглядывает картинку № 1: "Много мешков наложили". Экспериментатор повторяет инструкцию. Больная обращается к картинке № 4 и говорит: "Дяденька поехал куда-то". Раскладывает картинки в следующем порядке: № 5, 3, 4, 2, 1; объясняет: "Дяденька поехал куда-то, на дороге увидел вроде что-то... Колесо свалилось... Потом побежал... Молоток, знать, понадобился... А этот (картинка № 1) стережет, чтобы не стащили. Синий побежал, а этот, в красной рубашке, остался. И куда он бежит?.. А колесо-то так и валяется... Муки-то много погрузили, вот и сломалась телега... Не посмотрели, не похозяйски".

Данные ассоциативного эксперимента (табл. 5) выявляют ограниченный, элементарный характер ассоциаций у больной.

Таблица 5

ДАННЫЕ АССОЦИАТИВНОГО ЭКСПЕРИМЕНТА
(больная С.)

Слово-раздражитель	Первое предъявление		Второе предъявление*	
	латентный период (с)	ответная реакция	латентный период (с)	ответная реакция
Хлеб	2	Хлебушек	2	Бумага
Лампа	2,5	Свет	2,5	Светить
Пение	2,5	Хорошее	3,5	Петь
Колесо	1,5	Круглое колесико	3	Колесо... не знаю
Красота	3,5	Не знаю	3	Не знаю
Война	3,5	Воюют	5	Молчит
Красный	3	Цвет	2	Цвет голубой
Воздух	5,5	В комнате	5	Воздух есть такой
Голубой	1,5	Синий	2,5	Голубой
Звонок	8	Звенит	3	Веселый
Гора	3,5	Гора высокая	4	Высокая
Луна	3,5	Круглая	3,5	Луна, солнце
Смех	8	Хохочут	3,5	Хохочут
Брат	2	Родной	2,5	Сестра
Лечение	3,5	Лечат больных	5	Не знаю
Топор	5	Дрова колют	4	Острый топор
Голова	3	Болит головушка	4,5	Голова
Бежать	3,5	Бежать	3	Стоит

* Инструкция: "Отвечайте не тем словом, которым ответили раньше".

В основном ее ответные реакции представляют собой либо весьма элементарное определение слова-раздражителя ("пение" — "хорошее"; "колесо" — "круглое"), либо эхолалии ("бежать" — "бежать"; "шуметь" — "шум"). При повторном предъявлении слов-раздражителей больная отказывается от ответа, часто же ограничивается повторением слова-раздражителя либо реагирует предыдущим ответом.

Больной К. (доктор Я.И. Чехович), 1917 г. рождения. Диагноз: параинфекционный энцефалит. Галлюцинаторно-параноидный синдром.

Больной родился недоношенным. В раннем детстве часто болел (перенес воспаление легких, дважды — дифтерит). Ходить и говорить начал с опозданием. Уже с раннего детства стало заметным умственное отставание. Учился во вспомогательной школе. С детства подвергался насмешкам со стороны детей, не мог себя защитить. Всегда медленно двигался, медленно думал. В дальнейшем все попытки устроить больного на работу были неудачными из-за крайне медленных темпов работы, хотя

больной делал все очень тщательно. С 1944 г. работал в переплетной мастерской дневного стационара психоневрологического диспансера. В конце апреля 1950 г. после гриппа начал высказывать бредовые идеи преследования, слышал голоса "которые грозили его убить, куда-то вызывали". Испытывал сильный страх, особенно ночью, появлялось возбуждение.

Неврологический статус. Симптом Гордона (слева). Экзофтальмус. Реакция на свет вялая. При конвергенции отклоняется кнаружи левый глаз. Асимметрия носогубных складок. Справа симптом Маринеско. Гипотония в конечностях. Коленные и ахилловы рефлексы справа живее. Пошатывание в позе Ромберга. Гипомимия. Тремор век, языка, пальцев рук. Саливация.

Психическое состояние. Медлителен, назойлив. Обращается со стереотипными просьбами... О своих переживаниях рассказывает охотно. Убежден в том, что его преследует определенная группа лиц, с которыми он живет в одном доме. В больнице голосов не слышит, но думает, что некоторые больные "связаны с его врагами или друзьями". Запас знаний, приобретенный в школе для умственно отсталых, сохранен. Интересы крайне узкие.

В опыте на классификацию предметов больной спрашивает: "Сосчитать надо, да?" Экспериментатор: "Нет, считать не надо, надо разложить подходящие к подходящим". Больной смотрит не понимая. Тогда экспериментатор берет карточки с изображением слона и лопаты и говорит: "Вот ведь, например, слона и лопату не положишь в одну группу". Больной улыбается, радостно кивает головой. "Понимаю, надо животное к животному. Начинает раскладывать. Образует следующие группы: 1 — поросенок, лошадь ("это животные"); 2 — кузнец, уборщица ("люди"); 5 — фиалка, куст ("цветы"); 6 — кошка и собака (молчит); 7 — шкаф, этажерка ("это в комнате"). Не разложенными в группы остаются картинки: телега, самолет, жук, лопата, гусь. Далее опыт протекает следующим образом.

Экспериментатор (указывает на вторую группу). Как вы назовете эту группу?

Больной. Это животные.

Экспериментатор. Что можно туда положить?

Больной. Не знаю.

Экспериментатор. Положим туда гуся.

Больной. Нет, нельзя, он плавает.

Экспериментатор. Положим туда жука.

Больной. Нет, нельзя, это насекомое.

Экспериментатор. Тогда положим гуся и воробья вместе.

Больной. Нет, нельзя — гусь плавает, а птичка летает.

Экспериментатор. Но ведь гусь — птица?

Больной. Да.

Экспериментатор. Ну, тогда положим их вместе.

Больной. Нет, гусь плавает, а птичка летает, и она живет в лесу.

Экспериментатор. Ну, а медведя и лису можно положить вместе с кошкой и собакой?

Больной. Нет, нельзя. Кошка и собака живут дома, а медведь и лиса живут в лесу или в зоопарке, я их там видел.

Экспериментатор. Но ведь лиса и медведь тоже животные?

Больной. Да.

Экспериментатор. Это все будет группа животных. Давай положим их вместе.

Больной. Нет, они разные... Ну, давайте (неуверенно, тут же спохватывается). Это будет неправильно.

Экспериментатор. Ну, в стол можно положить к этажерке и шкафу?

Больной. Это можно.

Экспериментатор. Можно к телеге положить машину?

Больной. Нет, нельзя, они разные.

Экспериментатор. Ведь на телеге едут и на машине едут?

Больной. Если привязать телегу веревкой к машине, она будет ее тянуть, я видел так..

Остановимся на результатах выполнения задания "установление последовательности событий".

Больной начинает объяснять картинку № 3 (возчик с мастером идут за инструментом): "Вот они идут с топором. Вероятно, будут дрова рубить". Берет в руки картинку № 2: "А здесь он идет погулять. Видите, вот он пошел". На остальные картинки не обращает внимания. Экспериментатор повторно объясняет, что картинки надо разложить в последовательном порядке. Больной берет в руки четвертую картинку, заявляя: "Здесь сломалось колесо. Они подняли его, чинят его... А здесь (указывает на картинку № 3) они идут за дровами". Экспериментатор помогает больному, указывая, что на картинке № 2 изображено сломанное колесо. Больной соглашается ("Да, сломанное"), но не делает никакого вывода и продолжает рассматривать картинку. Переходит к картинке № 4: "Здесь он едет куда-то, а здесь стоит мужчина". Потом, рассматривая, возвращается к картинке № 3 и заявляет: "Здесь чинят колесо". Смотрит на картинку № 1: "Починили, опять отвалилось". В результате получается такая последовательность картинок:

№ 5. "Разрубленная доска. Человек на телеге везет корзиночку".

№ 1. "Сломалась телега, откатилось колесо".

№ 4. "Здесь уже ремонт".

№ 2. "Опять откатилось".

№ 3. "Идут работники с топорами, наверное, дрова колоть".

Приведенные экспериментальные данные показывают, что больные не в состоянии выделить существенные признаки предметов, не могут раскрыть основные связи между ними. Когда больной Д. видит карточки, изображающие платье и уборщицу, у него возникает ассоциация: "Женщина носит платье". Ассоциации же "женщина — живое существо" или "платье — одежда", т.е. связи логические, не возникают.

Эта невозможность отвлечения от всей совокупности конкретных свойств и деталей предметов приводит к тому, что больные не могут правильно решить простейшую задачу, если она требует сопоставления этих свойств, оттормаживания одних, выделения других. Выполняя задание "установление последовательности событий" (поломка и починка колеса), больные руководствовались отдельными частными деталями картинки, не увязывая их. Так, больной Д. начинает сначала рассуждать по поводу упавшего колеса, но, увидев на следующей картинке мастера с топором, высказывает предположение о том, куда мастер направляется с топором: "Вероятно, в лес дрова рубить". Точно так же больная С. при предъявлении серии картинок, на которых изображено, как на мальчика, идущего через лес, нападают волки и как он влезает на дерево, заявляет: "Яблоки рвет, вот залез на дерево". Когда экспериментатор обращает внимание больной на снег и подсказывает, что зимой яблоки не растут, больная заявляет: "Да, действительно, как же я так?.. Зачем он залез на дерево?", но не исправляет ошибку. Любой раздражитель вызывает привычные частные ассоциации: мальчик влез на дерево, следовательно, рвет яблоки; в руках у человека топор — идет в лес дрова рубить. Отдельные детали не увязываются, не синтезируются, ситуация в целом не осмысливается. Возникающие у больных ассоциации обусловлены лишь отдельными, изолированными элементами предъявленной картинки. Смысловые взаимосвязи между элементами воспринимаемой больным ситуации не играют никакой роли в возникновении и течении ассоциации. Суждения больных о предмете не включают в себя всего того существенного, что действительно к нему относится. Поэтому познание больных неполное, несовершенное, скудное. Из-за этого чрезвычайно суженного круга ассоциаций, малого круга знаний и умений больные крайне ограничены в возможностях и могут действовать лишь при некоторых жестко предопределенных условиях. Так, например, один из подобных больных Т. (олигофрен) работал курьером, аккуратно выполнял возложенные на него обязанности. Когда однажды ему было поручено обойти всех сотрудников с листом, на котором они должны были расписаться, он ворвался на закрытое заседание, объясняя, что товарищ, докладывавший в это время, должен расписаться. Уговоры, что это может быть сделано позже, не помогли, заседание было прервано, ибо Т. не уходил, плакал, твердил: "Мне поручено, чтобы все расписались". Изменившиеся условия ситуации не вызвали у больного изменения способа его действий.

Образец такого поведения приводится А.А. Токарским в его статье "О глупости". Речь идет о глупце из народной сказки, которого побили за то, что он смеялся во время пожара, внушив ему при

этом, что огонь надо заливать водой. Когда глупец увидел на следующий день, как люди опаливали на костре свинью, он схватил ведро с водой, вылил на костер и снова был побит. Глупец, следовательно, усвоил лишь частный наказ, что огонь надо заливать водой, но не понял того, что горение огня означает здесь нечто другое. А.А. Токарский правильно замечает при этом, что глупец усвоил наставление, запомнил его; но не усмотрел при этом существенно изменившихся условий. Основная характеристика глупости, по мысли А.А. Токарского, заключается "в несоответствии действия с требованиями действительности", а это несоответствие происходит потому, что глупец не в состоянии охватить своим восприятием все то, что происходит вокруг него. "Глупец, — замечает А.А. Токарский, — видит и слышит не то, что существует в действительности, а лишь малую часть его". Неумение различать два сходных случая и означает узость, необобщенность образовавшихся связей; это неумение исключает возможность ориентации в новых жизненных условиях. Чтобы применить тот или иной способ решения к данному конкретному случаю, необходимо проанализировать (по Токарскому, "увидеть") все признаки и обобщить их. Этого не сделал глупец из сказки, как это не делают и наши больные, применяющие неадекватный способ решения.

Резюмируя, можно сказать, что мыслительная деятельность подобных больных несовершенно отражает предметы, явления и их взаимосвязи, ибо полноценный процесс отражения объективных свойств и закономерностей вещей всегда предполагает умение абстрагироваться от конкретных деталей.

Искажение процесса обобщения. Нарушение процесса мышления, обозначенное нами как искажение процесса обобщения, является как бы антиподом только что описанного.

Если суждения описанных выше больных не выходят за пределы частных, единичных связей, то у больных, о которых сейчас будет идти речь, "отлет" от конкретных связей выражен в чрезвычайно утрированной форме. Больные в своих суждениях отражают лишь случайную сторону явлений, существенные же отношения между предметами мало принимаются во внимание, предметное содержание вещей и явлений часто не учитывается. Так, выполняя задание на классификацию предметов, они руководствуются чрезмерно общими признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Например, больной М. объединяет вилку, стол и лопату по принципу "твердости"; гриб, лошадь и карандаш он относит в одну группу по "принципу связи органического с неорганическим".

Подобные выполнения задания мы обозначаем как бессодержательные или выхолощенные. Табл. 6 показывает, что чаще всего

они встречаются у больных шизофренией (у 67,1% обследованных больных), главным образом при галлюцинаторно-параноидной форме течения болезни, и у психопатов (33,3%).

Таблица 6

ОШИБКИ ТИПА ФОРМАЛЬНЫХ, БЕССОДЕРЖАТЕЛЬНЫХ СОЧЕТАНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЗАДАНИЯ "КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДМЕТОВ"

Диагноз	К-во обследованных больных	К-во больных, выполнявших задание ошибочно
Шизофрения	155	107 (67,1)*
Эпилепсия	50	2 (4,0)
Сосудистые заболевания головного мозга	125	—
Травмы	170	4 (2,4)
Олигофрения	40	—
Энцефалиты	30	6 (20,0)
Прогрессивный паралич	30	—
Маниакально-депрессивный психоз	15	—
Психопатия	30	10 (33,3)

* В скобках указано количество ошибочных решений в %.

Подобные больные живут в мире своих бредовых переживаний, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным, обыденным явлениям подходить с "теоретических позиций". В беседе они способны затронуть вопросы общего характера, но часто не в состоянии ответить просто на конкретный вопрос. Речь больных носит вычурный характер. Так, например, говоря о шкафе, один такой больной называет его "ограниченной частью пространства"; рассказывая о товарище, которого он характеризовал как доброго человека, замечает: "Что такое добро и зло? Это определение относительно, положительное и отрицательное, как вопрос об электронах и вселенной. Плохое — это качественная сторона, значит, надо хорошую. Но плохое может сойти за хорошее, противоположности не бывает".

В табл. 7 приведены наиболее показательные примеры того, как подобные больные выполняют задание на классификацию предметов. Они проводят ее либо на основании столь общих признаков (твердость, движение), что выходят за пределы содержательной стороны явлений, либо на основании чисто внешних, несущественных признаков (отверстие).

Особенно отчетливо бессодержательный, выхолощенный характер суждений больных определенной категории выступает при выполнении задания на составление пиктограммы. Так, один из больных рисует для запоминания слов "теплый ветер" два треугольника,

для запоминания выражения "веселый ветер" — два кружка. Другой больной этой группы для запоминания слова "сомнение" изображает сома, для слова "разлука" — лук.

Таблица 7

ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАНИЯ "КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДМЕТОВ" ПО ТИПУ ФОРМАЛЬНЫХ, БЕССОДЕРЖАТЕЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ

Предметы, объединенные в одну группу	Больные	Объяснение
Шкаф, кастрюля	М. (шизофрения, параноидная форма)	"У обоих предметов есть отверстие"
Автомобиль, ложка, телега	Г-н (шизофрения, параноидная форма)	"Ложку тоже двигают ко рту"
Жук, лопата	Г-н (шизофрения, параноидная форма)	"Лопатой роют землю, жук тоже роется в земле"
Цветок, ложка, лопата	Д-н (шизофрения)	"Это все предметы, вытянутые в длину"
Гусь, поросенок	К-в (психопатия)	"Гусь свинье не товарищ"
Лопата, лошадь	Э-н (шизофрения, параноидная форма)	"Начинается на букву *л*"
Часы, велосипед	М. (шизофрения)	"Часы измеряют время, а когда едут на велосипеде, измеряется пространство"

Для больных со снижением уровня обобщения задания составить пиктограмму представляет трудность в силу того, что они не могут отвлечься от отдельных конкретных значений слова. Это же задание позволило выявить и другую группу больных, которые выполняют его с большей легкостью, так как могут образовать любую связь, безотносительно к содержанию поставленной перед ними задачи. Условность рисунка становится столь широкой и беспредметной, что она не отражает реального содержания слова; больные могут, не задумываясь, предложить любую схему в качестве условного обозначения слова.

В табл 8. приведены наиболее типичные образцы выполнения этого задания по типу бессодержательных, формальных связей.

Табл. 9 показывает, что подобные выхолощенные связи возникают у больных шизофренией при выполнении пиктограмм (64%).

Бессодержательный характер умственной деятельности больных обнаруживается и в ассоциативном эксперименте. Так, эксперимент, проведенный с 50 больными шизофренией, показал, что адекватные ответы наблюдались в 30,4% случаев (всего было предъявлено 1050 слов). Почти половину ответов (45,8%) составляли ответы типа эхолалий ("колесо" — "колесница"), ответы по созвучию ("лечение" — "течение"; "топор" — "бор"), ответы типа речевых штампов ("пожар" — "шумел пожар московский"; "цель" — "цель

оправдывает средства"). Попадались и ответы типа экстрасигнальных ("луна" — "яд"). Ответные реакции, обозначающие конкретную функцию предмета или его конкретные свойства, имели место лишь в 11,4% случаев. Что же касается отказов от ответа (12,4%), то они были вызваны не затруднениями, как это имело место у больных первой подгруппы (снижение уровня обобщения), а большей частью негативистическим отношением к заданию.

Таблица 8

ВЫПОЛНЕНИЕ ПИКТОГРАММ ПО ТИПУ ФОРМАЛЬНЫХ, БЕССОДЕРЖАТЕЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ

Слова, предложенные для запоминания	Больные	Рисунки и объяснения
Развитие	М-в (шизофрения)	Две стрелки
Развитие	Од-в (шизофрения)	Веревка. "Она может развиваться"
Разлука	М-в (шизофрения)	Лук
Сомнение	Э-н (шизофрения)	Рыба. "Сом"
Сомнение	Сим-в (шизофрения)	Ком глины. "У Глинки есть романс "Сомнение", пусть будет глина"
Девочке холодно	Р-в (шизофрения)	Два квадрата. "Два слова сказали"
Девочке холодно	К-в (шизофрения)	Точки и треугольник. "Означает снег... пусть треугольник будет девочка"
Печаль	К-в (шизофрения)	Печать. "Начинается на ***печ***"
Печаль	Л-на (шизофрения)	Печка. "Начинается на ***п***"

Таблица 9

ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАНИЯ "СОСТАВЛЕНИЕ ПИКТОГРАММ" ПО ТИПУ ФОРМАЛЬНЫХ, БЕССОДЕРЖАТЕЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ

Диагноз	К-во больных	Общее к-во выполненных рисунков	К-во бессодержательных рисунков
Шизофрения	150	1500	960 (64,0)*
Эпилепсия	35	350	30 (8,6)
Сосудистые заболевания головного мозга	105	1050	95 (9,0)
Травмы	140	1400	80 (5,7)
Олигофрения	10	100	— —
Прогрессивный паралич	15	150	— —
Маниакально-депрессивный психоз	10	100	— —
Психопатия	30	300	99 (33,0)
Всего	495	4950	1264 (25,4)

* В скобках указано количество бессодержательных рисунков в %.

5*

Преобладание формальных, случайных ассоциаций, уход от содержательной стороны задания создают основу для того бесплодного мудрствования, которое характеризует подобных больных и которое носит в клинике название "резонерство".

Эта особенность мышления подобных больных часто обнаруживается уже при самом простом умственном действии — описании сюжетных картинок. Больные не вникают в их конкретное содержание, а воспринимают их с точки зрения общих положений. Так, картинку, где изображена женщина, колющая дрова, один из таких больных описывает следующим образом: "Маленькая теорийка о назначении жизненных условий". Другой больной про эту же картинку говорит: "Здесь снято все для человека — это называется его жизненный путь"; третий больной объясняет: "Это женщина и ее судьба".

Симптом выхолощенного резонерства особенно отчетливо выступает при выполнении заданий, требующих словесных формулировок, например при определении и сравнении понятий (табл. 10, 11).

Таблица 10

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ БОЛЬНЫМИ С ИСКАЖЕНИЕМ ПРОЦЕССА ОБОБЩЕНИЯ

Слова, предложенные для определения	Больные	Определения
Часы	О-в (шизофрения)	"Механический предмет, вид предметности или объект логики"
Часы	А-в (шизофрения)	"Импульс или пульс жизнедеятельности всего человечества"
Часы	З-на (шизофрения)	"Это измерительный по отношению к определенному свойству материи, как это в философии называется? Атрибут, что ли?"
Шкаф	М-в (шизофрения)	"Это вещь, относящаяся к неживой природе, она имеет прикладное значение для сохранения других материальных частиц"
Шкаф	А-в (шизофрения)	"Элемент жизненных условий"
Шкаф	Д-на (шизофрения)	"Предмет для обихода, это скопление атомов"
Лошадь	А-в (шизофрения)	"Существо, приближенное к взаимосвязи с людьми"
Лошадь	К-и (псхопатия)	"Это одушевленный предмет, он и сейчас необходим, хотя технический прогресс его изживает"
Лошадь	К-н (шизофрения)	"Это одушевленный предмет, нет, лучше сказать, явление, помогающее человеку"

Таблица 11

СРАВНЕНИЕ ПОНЯТИЙ БОЛЬНЫМИ
С ИСКАЖЕНИЕМ ПРОЦЕССА ОБОБЩЕНИЯ

Слова, предложенные для сравнения	Больные	Высказывания больных
Дождь и снег	А-в (шизофрения)	"Предметы влажности отличаются перемещением некоторых веществ в отношении окружности земли"
Обман и ошибка	А-в (шизофрения)	"Соотношение пожизненности всего человечества, отброс частиц неживых веществ, а ошибки — нецелесообразность развития по отношению к жизни на земле"
Обман и ошибка	К-н (шизофрения)	"Обман — это безнравственное поведение, уродливость касательно производства, а ошибка — это тоже уродливость, но позволительная. Ее нужно исправить, и тогда это небезнравственное отношение к жизни"
Сани и телега	А-в (шизофрения)	"Видоизменение видимости"
Сани и телега	П-в (шизофрения)	"Эти оба слова с точки зрения грамматики являются существительными, но сани в единственном числе не бывают, не говорят "сань", а телега бывает и в единственном числе"

Еще резче этот симптом проявляется в опыте на объяснение пословиц. Больной Э. (более подробные данные о нем приведены ниже) подобным образом определяет смысл пословицы "Не все то золото, что блестит": "Все же надо сказать, что блестит. Эта пословица отдельная, вернее сказать, она скоро изживет себя. Здесь происходит обесценивание золота как металла, это с точки зрения философской. Сущность не в золоте. Возможно, что другой металл, не столь презренный, как золото, блестит и приносит больше пользы человеку. Луч света, падая на стекло, блестит, это тоже может принести пользу... Ну, там всякие радиолучи... Ну, а в общем, не надо смотреть на человека и на его дела с чисто внешней стороны".

Несмотря на то что больному доступна операция переноса, его высказывания лишь частично касаются определения метафорического смысла. В основном же больной резонерствует по поводу обсуждаемого предмета, в данном случае по поводу "ценности" золота, по поводу социально-этической проблемы, связанной с золотом ("золото — презренный металл" и т.д.).

Подобные резонерские высказывания обусловлены, очевидно, разными причинами. С одной стороны, слово выступает для больного в различных значениях; отбора смысла, адекватного для данной конкретной ситуации, не происходит. С другой стороны, сама задача, поставленная перед больным (в данном случае — отнесение фраз к пословицам), не направляет его мысли, он исходит из более общих "принципов".

Описывая подобные нарушения мышления у больных шизофренией, Ф.В. Бассин употребляет для их обозначения образное выражение "смысловой опухоли".

И.П. Павлов неоднократно отмечал, что пользование речью — это преимущество человека, но что оно вместе с тем таит в себе возможность отрыва от действительности, ухода в бесплодную фантазию, если за словом не стоят "ближайшие" проводники действительности. Логика течения мыслей должна контролироваться практикой, по образному выражению И.П. Павлова, "госпожой действительностью". Из-за отсутствия проверки практикой мыслительная деятельность больных становится неадекватной, их суждения превращаются, по выражению И.П. Павлова, в "умственную жвачку".

Возможно, этим объясняется и тот парадоксальный факт, что у подобных больных речь не облегчает выполнение задания, а затрудняет его; произносимые больными слова вызывают новые, часто случайные ассоциации, которые больными не оттормаживаются. Выполнив в реальном действии задание правильно, больные нелепо рассуждают по поводу него.

Этот факт проявляется в эксперименте на отнесение фраз к пословицам и метафорам; больные часто выбирают адекватную фразу, но при этом совершенно бессмысленно объясняют свой выбор и после объяснения аннулируют свое правильное выполнение.

Таким образом, при выполнении экспериментальных заданий больные сближают любые отношения между предметами и явлениями, даже если они не адекватны конкретным жизненным фактам. Реальные же различия и сходства между предметами не принимаются больными во внимание, не служат контролем и проверкой их суждений и действий и заменяются чисто словесными, формальными связями.

Для иллюстрации высказанных нами положений приведем несколько выписок из историй болезни и протокольные данные больных анализируемой подгруппы.

Больной П. (доктор Гоголева), 1927 г. рождения. Диагноз: шизофрения. До 1951 г. был практически здоров. Рос и развивался нормально. В школе и институте учился хорошо. В 1950 г. окончил ГИТИС. Вскоре дома начал рассказывать, что на работе "его травят", за ним следят какие-то люди. Стал агрессивен. Стационирован в больницу им. П.Б. Ганнушкина.

Психический статус. При поступлении ориентирован. Вял. Временами сам с собой разговаривает, нелепо жестикулирует, смеется. Иногда дурашлив, манерен, гримасничает. Временами возбужден, агрессивен, требует, чтобы его "отключили" от радиосети; говорит, что "голова его превращена в грандиозную приемно-передаточную станцию", что "окружающие знают его мысли". Видит какие-то "неясные сновидения" наяву. О своих переживаниях говорит крайне неохотно. Груб, злобен, напряжен. К своему состоянию относится без критики.

В опыте на классификацию предметов больной объединяет карточки следующим образом:

1. *Лыжник* и *свинья*; объясняет: "Это означает противоположность зимы и лета; зима — это мальчик на лыжах, а свинья — на зелени".
2. *Карандаш* и *козел* — "Обе картинки нарисованы карандашом".
3. *Самолет* и *дерево* — "Это небо и земля".
4. *Кошка, стол* и *слива* — "Кошка на столе и слива тоже на столе".
5. *Тетрадь, диван, книга* — "На диване можно заниматься".
6. *Часы, велосипед* — "Часы измеряют время; когда едут на велосипеде — тоже измеряется пространство".
7. *Вилка, лопата, стол* — "Это все твердые предметы, их нелегко сломать".
8. *Кастрюля, шкаф* — "Здесь есть отверстия".

На вопрос экспериментатора: "А может, можно по-другому разложить?" — больной отвечает утвердительно, разрушает прежние группы, складывает в одну группу *куст, кастрюлю, козла,* объясняя: "Все начинается на букву *к*".

Не менее своеобразен и способ выполнения больным задания на исключение лишнего предмета. Так, рассматривая карточку, на которой нарисованы три вида часов и монета, больной заявляет: "Здесь ничего неподходящего нет, это нужно уточнить. Если взять первую карточку, то у всех мера делимости — у них "неподходящести" нет совсем. Каждый предмет служит для выполнения определенных функций. Если возьмем монету, то она служит мерой делимости, это принятое в человеческом сознании единое соизмерение чего-либо. Монета определяет ценность человеческого труда, часы определяют долготу". При необходимости выделить неподходящий предмет в группе "часы, весы, очки, термометр" больной заявляет: "Ведь с точки зрения философской все преходяще. Часы указывают на ускорение времени, на то, что все течет, все в движении, — их надо выделить".

При выполнении задания на определение понятия больной определяет слово "стол" следующим образом: "Стол — название непосредственно общежитейское. Предметы по отношению друг к другу будут считаться как бы мертвыми. По сравнению с природой можно сказать, что его делают из дерева, а дерево растет, оно существует в природе. Здесь оно погублено и несуществующее, стоящее

неопределенным предметом, оно имеет в виду и качество и количество". Этим определением больной ограничивается, и, помимо того что "стол — мертвый предмет" и рассуждений о "загубленном дереве", он ничего не говорит по существу о предмете, который определяет.

Ассоциативный эксперимент выявляет большое количество ответов-штампов ("пожар" — "шумел пожар московский"; "обман — презрение").

Больной Э. (доктор Г.Я. Авруцкий), 1928 г. рождения. Э. развивался здоровым ребенком. Отличался замкнутостью, не участвовал в детских играх, был всегда капризным. В школу пошел с 8 лет, учился отлично. С 12—13-летнего возраста стал еще более замкнутым, не выносил общества людей. В годы войны жил в эвакуации в тяжелых бытовых условиях. По возвращении в Москву в 1945 г. обратил на себя внимание родственников: был очень замкнут, молчалив, пуглив, раздражителен. Поступил в железнодорожный техникум, но учиться не смог, несмотря на большие старания.

Неврологическое состояние: без отклонения от нормы.

Психическое состояние. Больной правильно ориентирован в месте, времени, окружающей обстановке. Несколько развязан, самоуверен. Движения резкие, угловатые, порывистые. Во время беседы в лицо собеседника не смотрит. Легко вступает в конфликт, на все вопросы отвечает свободно, без задержки. Речь быстрая по темпу, правильно построена, богата оттенками, плавными переходами, хорошо модулирована. Мимика адекватна. Пребыванием в больнице не тяготится, о родных не вспоминает, говорит, что не чувствует к ним привязанности. В отделении ничем не занят.

В опыте на классификацию предметов больной начинает правильно сортировать предметы на основании адекватного признака (люди, животные, растения), но вдруг останавливается и заявляет: "Но это я без аспекта, это обывательское деление, слепое, а ведь это же разные существа, со специфическими чертами. Надо под углом зрения актера смотреть, по принципу киносъемки надо, чтобы они смотрели друг на друга... Медведь может увидеть букашку, слон — лошадь, но рыбы он не увидит, но зато рыба, выплывая, может его увидеть. Хотя, кажется, глаза у рыбы иначе устроены... Как это называется в зоологии?" Больной рассуждает по поводу предметов с точки зрения "фотосъемки".

Экспериментатор просит найти другой принцип деления. Больной говорит: "Можно и так сделать — подойти с точки зрения философской, с точки зрения превращения неживой материи в живую. Вещи — продукт человеческого труда. Люди, животные, растения — продукт природы... Или еще правильнее все в одну группу поместить — все это природа".

В опыте на опосредованное запоминание (составление пиктограмм) больной образует следующие связи: для запоминания выражения "веселый праздник" рисует флаг, для слова "развитие" — две точки, большую и маленькую, для выражения "тяжелая работа" рисует круг ("Это полет в стратосферу — трудное дело"). "Смелый поступок" долго обсуждает: "Что

такое смелость? Это не одно и то же, что храбрость; храбрые люди обдумывают свои поступки, а смелые..." Больной думает и перестает выполнять задание. При предъявлении выражения "веселый ужин" больной говорит: "Ужин — это поглощение неорганической материи органическим существом; хотя и пища — органическая материя". Рисует кружки и стрелку: "Кружки — это материя, а стрелка — это переход одного вида материи в другую". Больной прерывает свои рассуждения: "Ну, если подойти с точки зрения актерской, надо вкусный ужин лишь символически изобразить".

Для запоминания слов "теплый ветер" больной рисует два четырехугольника и треугольник, объясняя: "Это два понятия: прилагательное и существительное. Конечно, с точки зрения режиссерской тут надо было бы другое изобразить, но ведь я не могу этого сделать".

В опыте на объяснение смысла пословиц больной легко и правильно справляется с заданием, приводит правильные примеры, но в варианте этого эксперимента, где ему приходится подбирать фразы к пословицам, допускает ошибки. Так, к пословице "Не все то золото, что блестит" (смысл которой больной правильно объясняет) он относит фразу "Золото тяжелее железа", объясняя: "По принципу отрицания: в пословице отрицается ценность другого блестящего металла, во второй фразе отрицается сравнение тяжести золота и железа".

Ассоциативный эксперимент обнаруживает сочетание адекватных ответных реакций с ответами типа привычных речевых шаблонов ("падение" — "с пьедестала", "луна" — "как эта глупая луна").

Приведенные экспериментальные данные показывают, что в мышлении больных описываемой подгруппы доминируют словесно-логические связи, которые не контролируются непосредственно данными, конкретными отношениями и недостаточно опираются на чувственные представления. Больные могут усвоить задания, требовавшие обобщения, они были в состоянии выделить общий признак, отвлечься от конкретных значений слов, но тот временный "отлет" от конкретных значений, который присущ всякому обобщению, приобретал у них утрированный, подчас гротескный характер.

Не только отдельные детали, но и более существенные отношения отступают на задний план, все многообразные, конкретные, полнокровные связи не учитываются. Мышление больного недостаточно адекватно отражает конкретное содержание вещей и явлений.

О нарушении мышления у больных шизофренией писал Л.С. Выготский. На основании приведенных им экспериментальных исследований он высказал предположение, что у них наблюдается распад функции образования понятий — последние снижаются до уровня комплексов, т.е. конкретных смыслообразований, и что в основе этого лежит изменение значения слов.

Соглашаясь с Л.С. Выготским в том, что у больных шизофренией часто может обнаруживаться изменение значения слов, мы хо-

тим развить это положение, поскольку в этих случаях речь идет о снижении понятий до уровня комплексов. Ведь комплекс, в понимании Л.С. Выготского, означает обобщение явлений на основании конкретных связей, конкретных представлений. Но, как показали наши эксперименты, это имеет место лишь у весьма ограниченной части шизофреников. В большинстве случаев нарушение процесса обобщения происходит не потому, что больные оперируют конкретными связями, а, наоборот, потому, что в их мышлении доминируют, как мы говорили выше, связи, неадекватные конкретным отношениям. В наших работах, в работе Г.В. Биренбаум указывается, что нарушение понятий у больных шизофренией носит своеобразный характер. Даже в тех случаях, когда их суждения конкретны, они не только отражают конкретные отношения между явлениями или предметами, а, скорее, означают сближение, сгущение отдельных случайных сторон предметов и явлений. (Мы тогда обозначили этот факт как "лабильность, недифференцированность структуры слова".) Это сближение происходит не только из-за нарушений понятий, но и потому, что у больных утрачивается направленность на объективное содержание задания, потому, что они часто выполняют поставленную перед ними задачу (не только экспериментальную, но и жизненную), исходя из особых установок, часто неадекватных в отношении данной ситуации. Иными словами, резонерские суждения больного определяются не столько нарушением его понятий, сколько стремлением подвести любое незначительное явление под определенную "концепцию".

Нарушение личностного компонента мышления. В клинике психических заболеваний наблюдаются нарушения мышления, обусловленные нарушениями личности. К ним можно отнести разноплановость мышления, нарушение критичности и саморегуляции.

Мышление является сложной саморегулирующей формой деятельности. Оно определяется целью, поставленной задачей. Существенным этапом мыслительной деятельности является сличение получаемых результатов с условиями задачи и предполагаемыми итогами. Для того чтобы этот акт сличения выполнялся, человеческая мысль должна быть активной, направленной на объективную реальность. Утеря целенаправленности мышления приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и к тому, что мышление перестает быть регулятором действий человека.

Связь нарушения мышления с изменением мотивационной сферы наблюдается при разных формах душевных болезней. Уже при анализе того вида патологии мышления, который мы называли "искажением уровня обобщения", можно, по существу, говорить о нарушении мотивационного компонента мышления. Как отмеча-

лось, больные, у которых выступило подобное нарушение, опирались в своих суждениях на признаки и свойства, не отражавшие реальные отношения между объектами.

Особенно четко такие нарушения выявились при некоторых экспериментальных пробах, требовавших выделения и отбора признаков, на основе которых возможен синтез и обобщение (например, при разных вариантах классификации объектов). Мы приводили способы классификации объектов подобными больными, когда ложка могла быть объединена с автомобилем "по принципу движения", шкаф объединялся с кастрюлей, потому что у "обоих есть отверстия". Нередко предметы объединялись на основании их окраски, расположения в пространстве или стиля рисунка. Подобная повышенная облегченная актуализация формальных ассоциаций, неадекватных сближений была выявлена и другими исследователями. Так, Ю.Ф. Поляков и Т.К. Мелешко приводят пример, когда больной видит сходство между карандашом и ботинком в том, что "оба оставляют след". Описывая подобные явления, они объясняют их тем, что случайные, маловероятные связи актуализируются у больных с такой же частотой, как и упроченные. Это положение правильно. Следует, однако, разобраться в том, что представляют собой в психологическом отношении понятия "существенные", "упроченные", "значимые" или, наоборот, случайные признаки или свойства предметов.

Значимым, существенным является для человека то, что приобрело смысл в его жизнедеятельности. Не частота появления того или иного признака или свойства предмета делает его значительным или существенным, а та осмысленность, та роль, которую этот признак сыграл в жизни человека. Существенность признака и свойства, значимость самого предмета или явления зависят от того, *какой смысл* они приобрели для него. Явление, предмет, событие могут в разных жизненных условиях приобретать разный смысл, хотя знания о них остаются те же. А.Н. Леонтьев прямо указывает, что явление меняется со стороны "*смысла для личности*".

Вместе с тем значение вещей, совокупность наших знаний о них остаются устойчивыми. Несмотря на то что личностная направленность и содержание мотивов могут оказаться различными, основная практическая деятельность формирует устойчивость предметного значения вещей.

Наше восприятие мира всегда включает в себя и смысловое отношение к нему, и его предметно-объективное значение. При известных обстоятельствах превалирует то одна, то другая сторона, но обе они слиты в гармоническом единстве.

Конечно, изменение эмоций, сильные аффекты могут и здорового человека привести к тому, что предметы и их свойства начнут

выступать в каком-то измененном значении. Однако в экспериментальной ситуации, как бы она ни была значима для больного, объекты выступают в своей однозначной характеристике. Посуда всегда выступает как посуда, а мебель — как мебель. При всех индивидуальных различиях — разнице в образовании, при всей разнородности мотивов, интересов — здоровый человек при необходимости классифицировать объекты не подходит к ложке как "движущемуся предмету". Операция классификации может проводиться в более или менее обобщенном плане, но предметное значение объекта, с которым человек совершает ту или иную операцию, остается устойчивым. Поэтому признаки, на основании которых проводится операция классификации, актуализирующиеся при этом свойства предметов носят в известной мере характер стандартности и банальности. У ряда больных шизофренией эта устойчивость объективного значения вещей нарушилась.

Конечно, и у них вырабатывались общие (по сравнению с нормой) знания о вещах и явлениях. Они едят ложкой и в качестве средства передвижения используют троллейбус; применительно к выполняемой интеллектуальной задаче — классификации предметов — эти же больные могли отнести ложку к категории посуды или шкаф к категории мебели, но одновременно с этим ложка могла выступить и как объект "движения". Наряду с актуализацией обычных, обусловленных всей прошлой жизнью свойств признаков, отношений между предметами и явлениями могли оживляться и неадекватные (с точки зрения нормальных представлений о мире) связи и отношения, которые приобретали смысл лишь благодаря измененным установкам и мотивам больных. То единство, в которое включалось значение предмета и смысловое отношение к нему, терялось благодаря изменению в сфере мотивов и установок. Особенно ярко выступало нарушение личностного компонента в том виде нарушений мышления, который мы охарактеризовали как "разноплановость мышления".

Разноплановость мышления. Нарушение мышления, обозначенное как "разноплановость", заключается в том, что суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях. Больные могут правильно усваивать инструкцию. Они могут обобщить предлагаемый им материал; актуализируемые ими знания о предметах могут быть адекватными; они сравнивают объекты на основании существенных, упроченных в прошлом опыте свойств предметов. Вместе с тем больные не выполняют задания в требуемом направлении: их суждения протекают в разных руслах.

Речь идет не о том всестороннем, свойственном мышлению здорового человека подходе к явлению, при котором действия и суж-

дения остаются обусловленными целью, условиями задания, установками личности.

Речь идет также не о тех колебаниях уровня и содержания суждений, возникающих как результат измененной динамики мышления. Как мы говорили выше, при непоследовательности суждений больные на какой-то отрезок времени лишаются возможности правильно и адекватно рассуждать. Однако это не представляет собой утерю целенаправленности мыслительной деятельности как таковой. Действия больного адекватны цели и условиям, поставленным экспериментатором (например, больной оставляет обобщенный способ решения и начинает объединять объекты на основании конкретного признака), но его действия проводятся в плане классификации: он объединяет предметы на основании свойств, признаков самих предметов. При разноплановости мышления сама основа классификации не носит единого характера. Больные объединяют объекты в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств самих предметов, то на основании личных вкусов, установок. Процесс классификации протекает у больных в разных руслах.

Приводим для иллюстрации некоторые примеры больного Г-на (шизофрения, параноидная форма).

Таблица 12

ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАНИЯ "КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДМЕТОВ"
(больной Г-н с "разноплановостью" мышления)

Предметы, объединенные больным в группы	Объяснение больного
Слон, лошадь, медведь, бабочка, жук и другие животные	Животные
Самолет, бабочка	Группа летающих (бабочка изъята больным из группы животных)
Лопата, кровать, ложка, автомобиль, самолет, корабль	Железные. Предметы, свидетельствующие о силе ума человеческого (самолет изъят из группы летающих)
Цветок, кастрюля, кровать, уборщица, пила, вишня	Предметы, окрашенные в красный и синий цвета
Слон, лыжник	Предмет для зрелищ. Людям свойственно желать хлеба и зрелищ, об этом знали древние римляне
Шкаф, стол, этажерка, уборщица, лопата	Мебель. Это — группа выметающих плохое из жизни. Лопата — эмблема труда, а труд не совместим с жульничеством
Цветок, кусты, деревья, овощи и фрукты	Растения
Стакан, чашка, кастрюля	Посуда

Из приведенной таблицы видно, что больной Г-н выделяет группы то на основании обобщенного признака (животные, посуда, ме-

бель), то на основании материала (железные), цвета (картинки окрашены в красный и синий цвета). Другие предметы объединяются на основании моральных и общетеоретических представлений больного (группа "выметающих плохое из жизни", группа, "свидетельствующая о силе ума человеческого", и т.п.).

Некоторые больные руководствуются при выполнении задания личными вкусами, обрывками воспоминаний. Так, больной С-в (параноидная форма шизофрении), выполняя задание на "классификацию предметов", пытается образовать группы животных, растений, но тут же добавляет: "Но если подходить с точки зрения моего личного вкуса, то я не люблю грибы, я выброшу эту карточку. Когда-то отравился грибами. А вот это платье мне тоже не нравится, оно не изящное, я их положу в сторону. А вот моряк мне нравится, и спорт я признаю (объединяет *моряка* и *лыжника* в одну группу)".

Таким образом, больной теряет цель задания не потому, что он истощился, а потому, что выполняет классификацию, исходя то из "личного" вкуса, то кладя в основу воспоминание о том, что он "отравился грибами".

Другой больной К-н (шизофрения), описанный нами совместно с П.Я. Гальпериным, при классификации предметов не соглашается отнести собаку в группу выделенных им домашних животных: "Я не стану есть собачину". Направленность на объективное содержание действия утрачивается, наряду с адекватными суждениями выступает "разноплановый" характер мышления. Подобная разноплановость была обнаружена нами при выполнении задания "исключение предметов".

Приводим для иллюстрации некоторые примеры из эксперимента (табл. 13) больной шизофренией (простая форма).

Таблица 13

ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАНИЯ "ИСКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДМЕТОВ"
(больная Г-н с "разноплановостью" мышления)

Предъявленные картинки	Высказывания больной
Лампа керосиновая, свеча, электрическая лампочка, солнце	Надо выделить солнце, это естественное светило, остальное — искусственное освещение
Весы, термометр, часы, очки	Очки отделю, не люблю очков, люблю пенсне, почему их не носят? Чехов ведь носил
Барабан, фуражка, зонтик	Зонтик не нужен, сейчас носят плащи. Зонтик — это устаревший атрибут, я — за модернизм

Как видно из табл. 13, больная способна выполнить задание на обобщенном уровне; она исключает солнце как естественное светило, но тут же выделяет очки на основании личного вкуса: "она не любит их" не потому, что они не являются измерительным прибором. На таком же основании она выделяет и зонтик.

В результате одновременного сосуществованиия, переплетения всех этих разных аспектов, различных подходов к заданию суждения, определения и выводы больных не представляют собой планомерного, целенаправленного выполнения задания. В мыслительной деятельности больных переплетаются логические суждения, обрывки представлений, элементы воспоминаний, желаний.

Аналогичные нарушения мышления отмечала и Г.В. Биренбаум при исследовании больных шизофренией. Она указывала, что у больных мышление "течет как бы по различным руслам одновременно". Определяя этот симптом как "минование сущности", Г.В. Биренбаум отмечала, что больные часто подменяли выполнение задания выявлением субъективного отношения к нему (устное сообщение).

При выполнении любого самого простого задания больные подходили не с позиций, обусловленных конкретной ситуацией эксперимента, а руководствовались измененным отношением, измененными жизненными установками. При этом могло и не быть непосредственного привнесения содержания психопатологического симптома в экспериментальную ситуацию (например, больной не "вплетал" элементы бреда в выполнение задания). Однако наряду с адекватными ассоциациями оживлялись связи, имеющие какое-то отношение к болезненным установкам больного, выступающие в данной конкретной ситуации как "причудливые". Предметное значение вещей становится в одной и той же смысловой ситуации неустойчивым, подчас противоречивым*.

Подобное неадекватное увязывание не стоящих в связи друг с другом вещей, представлений выступает потому, что для больного становится возможным рассмотрение самых обыденных вещей в неадекватных ситуации аспектах.

Приведенные данные находятся в соответствии со многими клиническими данными. Анализ историй болезни этих больных, наблюдения за их поведением в жизни и больнице выявили неадекватность их жизненных установок, парадоксальность их мотивов и эмоциональных реакций. Поведение больных отклонялось от обычных нормативов. Прежние интересы, взгляды больных отступают

---

* В тесной связи с подобной "разноплановостью" находится и символика мышления некоторых больных шизофренией. Именно из-за "разноплановости" мышления и эмоциональной насыщенности обыденные предметы начинали выступать у них в виде "символов".

на задний план перед неадекватными, болезненными установками. Больной мог не заботиться о своих близких, но он проявлял повышенную озабоченность по поводу "пищевого рациона" своей кошки, другой больной мог оставить свою профессию и, обрекая семью на лишения, занимался тем, что целыми днями расставлял вещи перед фотообъективом, так как, по его мнению, "видение в разных ракурсах приводит к расширению умственного кругозора".

Парадоксальность установок этих больных, смысловая смещенность приводили к глубокому изменению структуры любой деятельности, как практической, так и умственной. В качестве существенного выступало то, что соответствовало измененным парадоксальным установкам больного. При выполнении экспериментальных заданий, требовавших сравнения и отбора признаков, подобная смысловая смещенность приводила к оперированию неадекватными.

Если больной, который видел смысл жизни в расстановке предметов перед фотообъективом, классифицировал предметы на основании их расположения на картинках, то выбор такого принципа являлся для него осмысленным.

В тех случаях, когда больной захвачен бредовыми переживаниями, "разноплановость" мышления выступает отчетливо и в клинической беседе. В ситуации, аффективно не насыщенной, "разноплановость" мышления может выступить лишь в рудиментарной форме. Однако, как мы видели выше, она может отчетливо выявиться в экспериментальной ситуации. В этих случаях смысловая смещенность приводит к актуализации незначимых, "латентных" (С.Л. Рубинштейн) свойств, сосуществующих с адекватными. Мышление лишается целенаправленности.

В своем докладе на XVIII Международном конгрессе психологов в Москве (1966) "Потребности, мотивы, сознание" А.Н. Леонтьев говорил о том, что "усвоенные человеком значения могут быть более узкими или более широкими, менее адекватными или более адекватными, но они всегда сохраняют свой объективированный, как бы "надличный характер". Очевидно, у описываемых нами больных этот "надличный" характер значений теряется.

Р е з о н е р с т в о. Еще более четко выступает роль измененного личностного отношения в структуре того вида патологии мышления, который обозначается в психиатрической клинике как резонерство.

Это расстройство мышления определяется клиницистами как "склонность к бесплодному мудрствованию", как тенденция к непродуктивным многоречивым рассуждениям. Иначе говоря, резонерство выступает для психиатров как само нарушение мышления. В действительности же это лишь феноменологическое описание.

Наши исследования показали, что механизмом резонерства являются не столько нарушения интеллектуальных операций, сколько повышенная аффективность, неадекватное отношение, стремление подвести любое, даже незначительное, явление под какую-то "концепцию".

Нередко неадекватные суждения отмечаются даже у больных, у которых вообще эксперимент не выявляет нарушений познавательных процессов. Так, больной психопатией, который в опыте на пиктограмму подбирает адекватные связи для запоминания слова "развитие", рисует двух людей, расходящихся в разные стороны, объясняя: "Это разлука, разлука приводит к усовершенствованию, ведь разлука это печаль, а чувство печали облагораживает человека, снимает мещанскую шелуху самодовольства". Другая больная при предъявлении пословицы "Не все то золото, что блестит" говорит: "Это значит, что надо обращать внимание не на внешность, а на внутреннее содержание", и тут же добавляет: "Но все же я должна сказать, что с точки зрения диалектики это не совсем правильно, ведь существует же единство формы и содержания, значит, надо обратить внимание и на внешность".

Психологическая характеристика симптома резонерства была предметом специального исследования Т.И. Тепеницыной. Как показали результаты ее исследования, неадекватность, резонерство больных, их многоречивость выступали в тех случаях, когда имела место аффективная захваченность, чрезмерное сужение круга смыслообразующих мотивов, повышенная тенденция к "оценочным суждениям". Т.И. Тепеницына пишет, что "резонерство выражается в претенциозно-оценочной позиции больного и склонности к большому обобщению по отношению к мелкому объекту суждений".

Для иллюстрации приводим данные истории болезни и протоколов больной В.П.

Больная В.П., 1940 г. рождения. Образование среднее. Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Раннее развитие больной протекало без особенностей. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо. Росла упрямой, резкой девочкой. Была "заводилой" среди детей. Стремилась во всем быть первой.

После окончания школы поступила в торговый техникум, который успешно окончила. В 1959—1960 гг. стала чрезмерно "деятельной", настроение было всегда "восторженное", легко знакомилась с людьми.

В 1961 г. поступила в вуз. Много занималась. Впервые появилась несвойственная ранее больной подозрительность.

Стала злобной, грубой. Начала подозревать своего мужа в "плохих поступках". Привела его в милицию. Там была осмотрена психиатром и стационирована в психиатрическую больницу. При поступлении в больницу

была малодоступной, злобной, возбужденной. Считала, что "враги" в сговоре с мужем связаны с враждебными людьми. В больнице пробыла 24 дня. Лечилась аминазином и инсулином. Выписана в хорошем состоянии. Дома чувствовала себя хорошо. Успешно сдала зачеты. Вскоре состояние опять ухудшилось. Нарушился сон. Опять появилась подозрительность, выгоняла мужа из дома. Появились страхи.

В ноябре 1963 г. была стационирована повторно. При поступлении манерна, дурашлива, на лице неадекватная улыбка. Заявила, что слышит "голоса из космоса", испытывает на себе постороннее воздействие. Кто-то "действует на ее мысли", "ощущает, что в разных частях тела что-то дергается". Временами возбуждена, стремится куда-то бежать, то плачет, то смеется. Проявляет агрессию по отношению к больным. В период лечения стелазином состояние улучшилось. Стала спокойнее, правильнее себя вести. Со стороны внутренних органов и центральной нервной системы патологии не выявлено.

Данные общего экспериментально-психологического исследования (данные Т.И. Тепеницыной). Во время исследования настроение больной приподнятое, довольна. Тон высказываний — пуэрильно-восторженный. Много и беспричинно смеется. Манерна, многоречива. Обнаружила хорошую память, из 10 слов сразу же воспроизводила 10, почти в том же порядке, могла дословно повторить сложные тексты.

Приводим в качестве иллюстрации протоколы выполнения больной экспериментальных заданий: при выполнении классификации особенно отчетливо выступает склонность к "претенциозным высказываниям". Так, объединяя в группу предметы: пилу, стакан, бутылку, куртку, больная объясняет: "Предметы домашнего обихода и инструменты"; "петуха, моряка, женщину" — "Петух гордый, моряк стройный, а женщина красивая"; "дерево, жука" — "Дерево можно к жуку, потому что никто не знает, откуда произошли деревья и никто не знает, откуда произошли жуки"; "велосипед, кровать, стол" — "Техника, так как затрачен труд такой же, как для того, чтобы сделать велосипед... Стол сюда же, тоже затрачен конкретный труд"; "птицу и собаку" — "Птичка и собачка к животным: они дышат. Можно сюда и моряка и женщину, потому что они произошли от обезьяны"; "стакан, петух" (перекладывает картины из первой группы) — "Общее — это жизнь! Потому что, если бы не было петуха, не было бы и курицы; если бы не было курицы, не было бы и яйца! Выдуть яйцо — будет скорлупа, будет стакан, в него можно налить!"; "часы, пароход" — "Это тоже техника, во-первых; во-вторых, пароход работает по московскому времени. Московское время работает по Ому, по Архимеду, по Плутарху. Этот корабль не утонет, если будет работать по часам".

Попытки экспериментатора вмешаться, помочь больной, направить работу по нужному руслу ни к чему не приводят. Классификация предметов остается незавершенной.

Аналогичные результаты выявляются при определении слов: "дружба", больная определяет: "Дру-жба! Это такое чувство!.. Это большое, большое чувство, которое толкает людей на хорошие поступки... Это люди оказывают друг другу помощь в трудную минуту, это даже чувство любви в какой-то степени. Дружить можно не только... Дружба может быть не только среди людей, дружба бывает и среди животных. Дружба — это хорошо! Дружба — это хорошее чувство, которое испытывают люди и животные, которое позволяет людям делать друг другу хорошее..."; "голова" — "Голова — это та часть тела, без которой жить невозможно. Не-воз-мож-но! Это, как говорит Маяковский, "мозг класса, сила класса". В голове расположен мозг — мозг тела, сила тела — вот что такое голова. Без руки жить можно, без ноги — можно, а без головы не рекомендуется".

Приводим примеры сравнения понятий. Больная должна сравнить понятия "часы и термометр"; она отвечает: "Это жизнь! Градусник — это жизнь! И часы — это жизнь! Ибо градусник нужен, чтобы измерять температуру людей, а время измеряют часы. Не было бы жизни, если не было бы часов и не было бы градусника, а не было бы градусника, больным бы не мерили температуру и не мерили бы температуру воздуха; не мерили бы температуру воздуха — не могли бы предсказывать погоду, прогноза не могло быть, а если бы не было часов, то люди были бы как стадо: они не всегда выходили бы на работу, только по солнцу, а солнце не всегда видно — зимой его нет"; "птица и самолет" — "Сходство — крылья. Потому что рожденный ползать летать не может. Человек тоже летает, у него есть крылья. У петуха тоже есть крылья, но он не летает. Он дышит. Рожденный ползать летать не может!"

Т.И. Тепеницына отмечает, что аффективность проявляется и в самой форме высказывания: многозначительной, с неуместным пафосом. Иногда только одна интонация испытуемого позволяет расценить высказывание как резонерское; так, суждения, звучащие в громкой речи как типично резонерские, при письменной записи вместе с потерей интонаций теряют и свой резонерский оттенок.

Грамматический строй речи этой категории больных отражает эмоциональные особенности "резонерства". Своеобразен синтаксис, своеобразна лексика резонерских высказываний. Больные часто используют инверсии, вводные слова.

Разноплановость и резонерство больных находят свое выражение и в речи, которая приобретает, по выражению клиницистов, характер "разорванности". По существу же, это тоже симптом нарушения речи как функции общения.

Приведем пример речи больного Ч-на.

Экспериментатор. Ю.С., а часы вы мне думаете отдать?

Больной. Не, не, не.

Экспериментатор. Это ведь чужая вещь.

Больной. Вещь, не вещь, человек, не человек (затем на ряд вопросов больной отвечает только неадекватной мимикой и жестами).

Экспериментатор. Зачем вы губами шевелите?

Больной. Губы у меня всегда одинаковые.

Экспериментатор. Одинаковые?

Больной. Да. А зубы у меня растут откуда или нет? Вот вы мне говорите...

Экспериментатор. Зубы растут?

Больной. Зубы есть, но не могу с вами играть.

Экспериментатор. Зубами?

Больной. Нет, вы не смейтесь, ваше величество... Вот я продал флаг, потом продам орудие и на оружиях этих... (неразборчиво, тихо).

Экспериментатор. Что? Я не расслышал.

Больной. Ничего больше... А свет есть свет. Ну, что ли, тьма... Да, значит, вы хотите сказать, что дальше нас нельзя найти.

Экспериментатор. Почему?

Больной. Вот, к примеру, человек зависит от человечества. В общем, так, пускай. Спит человечество, он говорит только с ним. У моего отца есть, а вот этого — нет.

Экспериментатор. Чего нет?

Больной. Ну, чего обещались. Ну, все-таки просто народы до народности было.

Экспериментатор. До народности было?

Больной. Вы, ваше величество, не смотрите, только не указывая, так, красное, бледное, бело. Все это не... (неразборчиво).

Экспериментатор. Не понимаю, что вы говорите.

Больной. А вот — не продаете. Вы скажите, как я думаю? Вот, вот, ну, жандарм. Вам психология надобна?

Экспериментатор. Разве я жандарм?

Больной. То есть в каком смысле? Что его съедят... Ну, нехорошо... с отрицательной осадкой. Посмотрите на них, кто такая... (неразборчиво). Вы хотели меня обидеть... и я мог бы, но деньги мои тают.

Экспериментатор. Это метафора?

Больной. Да это неважно... (пропуск). Вы сегодня не выходите из кабинета, а в кабинет никого не пускаете. Там я... всегда готов.

Экспериментатор. К чему готов?

Больной. Да это неважно... Сына народного... (неразборчиво).

Экспериментатор. Что же важно, я не понимаю.

Больной. Да я сам тоже не знаю... (смеется). Дайте я покурю, а вы больше не толкайте меня сюда...

Экспериментатор. Вы сами пришли.

Больной. Я человек был честный, я хотел на кухню смотреть. У меня есть часы, на которых есть поверенный. А вот у меня братишка — простой мастеровой. И если бы каждый вот так думал за себя, все бы... (неразборчиво).

Экспериментатор. Вы отдадите мне часы?

Больной. Часы я только что скушал. Но если я так буду кушать, то и вообще... (говорит неразборчиво, тихо).

Экспериментатор. То что?

Больной. У меня нет нуля. И это мне нехорошо. Я экономлю... Все человечество экономит... а я хочу сделать его честь.

Экспериментатор. Зачем, Ю.С.?

Больной. Вы, папа, не смейтесь... Я так, просто говорю...

Экспериментатор. Зачем, с какой целью?

Больной. Папа, покушай вот эту вещь (дает пепельницу).

Экспериментатор. Разве она съедобна?

Больной. А сколько раз тебя сломали... (неразборчиво). Сломано, посмотри, папа, сломано.

Экспериментатор. Она же не съедобна.

Больной. Да, она-то не съедобна.

Экспериментатор. Значит, ее нельзя есть.

Больной. Если он возьмет его — купите, а сами, он продаст его, — не пейте (показывает на графин с водой).

Нередко подобные больные говорят независимо от присутствия собеседника (симптом монолога). Приведем пример монологической речи больного Н. (шизофрения, состояние дефекта). При внешне упорядоченном поведении и правильной ориентировке в обстановке монотонным, спокойным голосом больной часами произносит монологи, не проявляя при этом никакой заинтересованности во внимании собеседников.

Почему, я вот почему, мне, конечно, никто не сказал об этом, и где я не вычитал это, это и нигде не показано. Я думаю и твердо, конечно, знаю, что эта материя движения, весь земной шар... (непонятно). Да, я думаю, долго я думал об этом деле, но вижу, что значит это — живая материя, она, находясь, вот значит живая материя, вот я думаю, что потом я думаю, раньше я учился, сколько я не учился, все же учился, воздух — не живой, ну, кислород, водород, все это мертвые вещества, а мне теперь представляется, что вся населяющая окружающую атмосферу зелень окутывает; ну, живое существо, совершенно живое существо, совершенно живое существо, совершенно живое вот, и оно состоит, цветя, его представляю, как этот дым, только не сразу, как он появляется, вот как уже разошелся, чуть-чуть заметно и состоит из таких мельчайших существ, просто трудно различить, вот, и они имеют страшную силу, конечно, они вселятся куда хотите, через поры любого вещества, вот. Все это двигает в то же время, вот я считаю, что и зарождалось то. Почему женщина, вот эта материя, по-моему, весь род на земле происходит.

Анализ приведенных образцов "разорванной" речи приводит к следующим выводам.

Во-первых, в довольно длительных высказываниях больных нет никакого рассуждения; больные произносят ряд фраз, но не сооб-

щают в них никакой содержательной мысли, не устанавливают никаких, хотя бы ложных, связей между предметами и явлениями.

По внешней форме первый отрывок напоминает разговор двух людей: в некоторых ответах больного даже содержится какой-то отклик на вопрос экспериментатора. По существу же, представленная даже в диалогической форме речь больного не служит функции общения: больной ничего не сообщает экспериментатору, ни о чем не пытается у него узнать. Называя экспериментатора то жандармом, то папой, больной не обнаруживает намека на соответствующее этому отношение к нему. Попытка экспериментатора направить речь больного на какую-нибудь тему не удается; если больной и реагирует на вопрос экспериментатора, то только как на раздражитель, который дает начало новому непонятному потоку слов. Как подчеркивает В.А. Артемов, направленность на содержание является одной из характерных особенностей восприятия речи. У наших больных эта особенность утеряна.

Во-вторых, в речи больных нельзя обнаружить определенного объекта мысли. Так, больной называет ряд понятий: воздух, материю, художника, происхождение человека, красные кровяные шарики, но в его высказывании нет смыслового объекта, нет логического подлежащего. Приведенные отрывки нельзя изложить другими словами.

В-третьих, больные не заинтересованы во внимании собеседника, они не выражают в своей речи никакого отношения к другим людям. "Разорванная" речь этих больных лишена основных, характерных для человеческой речи признаков, она не является ни орудием мысли, ни средством общения с другими людьми.

Эта особенность речи больных, отсутствие функции общения, в сочетании с ее другой особенностью, с ее непонятностью для окружающих, делает ее схожей с так называемой эгоцентрической речью ребенка.

Нарушение динамики мыслительной деятельности. Признание рефлекторной природы мышления означает признание его как процесса. Об этом писал еще И.М. Сеченов, указывая, что мысль имеет определенное начало, течение и конец.

Мы не можем в достаточной мере проанализировать внутренние закономерности мышления, исследовать структуру мыслительных операций, с помощью которых происходит отражение объективных свойств предмета, если не проанализируем процессуальную сторону мыслительной деятельности. Использование обобщенных способов решения задач, актуализация адекватных знаний о предметах требуют не только сохранности интеллектуальных операций, но и динамики мышления. С.Л. Рубинштейн неоднократно подчеркивал,

что свести мышление к операциональной стороне и не учитывать его процессуальную сторону означает устранить само мышление.

Определение мышления как процесса применимо не только к общей теоретической характеристике мышления, но и к каждому отдельному мыслительному акту. Для успешного выполнения интеллектуального акта необходимо выделять адекватные системы связей, отбрасывать побочные, оценивать каждую мыслительную операцию по ходу ее выполнения.

Особенности выполнения такой сложной, многоэтапной по своей структуре деятельности составляют ее динамическую характеристику.

Как мы указывали выше, одной из особенностей мышления как высшей ступени познания является его опосредованность. Конечно, осуществление этой опосредованности обеспечивается правильной структурой понятий. Познание фактов, скрытых от непосредственного восприятия, возможно тогда, когда человек способен проанализировать, обобщить воспринимаемые факты. Однако осуществление этого опосредования, перехода от одних суждений к другим связано также с наличием более или менее длинной цепи умозаключений. Именно цепь умозаключений, переходящая в рассуждение, является истинным проявлением мышления как процесса. Поэтому при исследовании мышления, его формирования и распада недостаточно ограничиваться одним только анализом образования и распада понятий, одной только характеристикой интеллектуальных операций. Наши исследования показали, что нарушения процесса обобщения являются не единственным вариантом нарушений мышления. Более того, часто встречающиеся нарушения мышления не сводятся к распаду понятий; болезненные состояния мозга приводят чаще всего к динамическим нарушениям мышления.

Нарушению динамики мышления посвящено немного работ. Хотя в некоторых психиатрических исследованиях говорится о динамическом характере некоторых нарушений мышления, однако под этим подразумевается их обратимость.

Мы уже указывали, что у ряда больных (например, больных сосудистыми заболеваниями мозга) колебания умственной работоспособности приводили к колебаниям памяти, зависящим не от сложности выполняемой задачи, а от истощаемости корковой нейродинамики больных. Подобные колебания, выступавшие как непоследовательность суждений, наблюдались и в мыслительной деятельности больных.

Лабильность мышления. Характерная особенность этого нарушения заключалась в неустойчивости способа выполнения задания. Уровень обобщения больных в основном не был снижен; больные правильно обобщали материал; операции сравнения,

переноса не были нарушены. Однако адекватный характер суждений больных, как мы говорили выше, не был устойчивым.

Остановимся несколько подробнее на способах действия этих больных при выполнении ими задания "классификация предметов".

Больные легко усваивают инструкцию, применяют способ, адекватный условиям решения, начинают раскладывать карточки по обобщенному признаку, но спустя некоторое время оставляют правильный путь решения. Достигая в отдельных случаях высокий уровень обобщения, больные эпизодически сбиваются на путь неправильных, случайных сочетаний. Эти колебания носили различный характер.

1. Очень часто наблюдались чередования обобщенных и конкретно-ситуационных сочетаний. Приведем несколько примеров.

Больной М-в (закрытая травма головного мозга), который начал раскладывать карточки по обобщенным признакам, образуя группы растений, животных, вдруг начинает сомневаться, куда отнести *мухомор*: "Он же вредный, отнесу-ка в сторону". Точно так же он не знает, куда отнести *жука*: "Положу его к книге и тетради, его же изучают в школе". После того как экспериментатор попросил больного работать внимательнее, он несколько растерянно сказал: "Подождите. Да, у меня есть здесь посуда, растительный мир... Конечно, к нему принадлежит и гриб, безотносительно к тому, вреден он или нет; а жука положу к животному миру". В конце концов у больного получаются следующие группы: люди, животные, растения, посуда, мебель, школьные принадлежности, предметы домашнего обихода. Экспериментатор просит объединить некоторые группы. Больной: "Людей с животными, да? Растения... Ну. а дальше как? Ведь остальное не объединишь: как же соединить домашнюю утварь с канцелярскими предметами?"

Больной заметно устает, наступает легкий тремор рук, потливость. Экспериментатор начинает беседу на тему, не относящуюся к эксперименту. Спустя пять минут больной по просьбе экспериментатора возвращается к работе и тут же самостоятельно правильно и обобщенно ее выполняет.

Больная Ш. (артериосклероз головного мозга). Правильно выделив группу инструментов, кладет туда же картинку "кузнец", "так как он нарисован с молотом в руке и вообще он работает, пользуясь разными инструментами" (следует отметить, что больная выделила до того группу людей). На вопрос экспериментатора: "А что у вас в этой группе?" — больная отвечает: "Здесь люди", и тут же самостоятельно перекладывает "*кузнеца*" в группу людей.

Приведенные примеры показывают, что в этих случаях колебания умственной деятельности больных проявлялись в чередовании обобщенных и ситуационных решений. Выполнение заданий на уровне обобщенных решений не являлось модусом работы больных.

2. Ошибки больных состояли также в том, что логические связи подменялись случайными сочетаниями. Так, правильное выполне-

ние задания "классификация предметов" нарушалось тем, что больные объединяли объекты в одну группу лишь потому, что карточки оказались рядом. Они нередко замечали свои ошибки и исправляли их.

3. Ошибочные решения больных проявляются в образовании одноименных групп: больные часто выделяют предметы по правильному общему признаку, но тут же начинают выделять аналогичную по смыслу группу. Так, например, больной мог выделить группу людей, в которую входили врач, ребенок, уборщица, и тут же выделял еще одну группу людей, куда входили моряк, лыжник и т.п. Остановимся лишь на некоторых из них, часто встречающихся в клинике.

Нарушение динамики мышления, выражавшееся в чередовании адекватных и неадкватных решений, не приводило к грубым нарушениям строения мышления. Оно лишь на какой-то отрезок времени искажало правильный ход суждений больных и являлось, очевидно, нарушением умственной работоспособности больных.

В некоторых же случаях нарушение динамики мышления носило более стойкий характер, изменяло само строение мышления. Лабильность мышления наблюдается у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни.

Маниакальное состояние характеризуется повышенным настроением и самочувствием, психомоторным возбуждением больных. Больные беспрерывно громко говорят, смеются, шутят, сопровождая свою речь живой, экспрессивной жестикуляцией и мимикой. Они чрезвычайно отвлекаемы. Каждое новое впечатление, сказанное слово, воспринятый предмет направляют их мысли и представления, которые так быстро сменяют друг друга, что больные не могут регистрировать их в своей речи. Больные не успевают закончить одну мысль, как уже переходят к другой; иногда они выкрикивают лишь отдельные слова. Характерно, что, несмотря на чрезвычайную отвлекаемость и разбросанность мышления, больные в маниакальном состоянии живо наблюдают за происходящим вокруг них, часто поражая своей сообразительностью и тонкостью отдельных замечаний.

Как правило, экспериментировать с больными в маниакальном состоянии представляется трудным из-за их резко выраженной отвлекаемости, исключающей фиксацию на экспериментальной ситуации. Экспериментальному исследованию больные поддаются только в разных степенях гипоманиакального состояния, при котором можно отметить некоторые патологические изменения их мыслительной деятельности.

Осмысление ситуации, возможность анализа и синтеза у этих больных часто не нарушены, однако выполнение любого экспериментального задания не вызывало определенной стратегии их мышления. Больные не задумываются над вопросом, адресованным к ним, не вникают в смысл задания. Они импульсивно приступают к выполнению. На вопрос, в чем общность и различие между поня-

тиями "стол" и "стул", один из больных (со средним образованием) отвечает: "У них общее то, что у стола и у стула четыре ножки, а разница — у стула спинка есть, у стола — нет". При складывании картинок в последовательном порядке больные такого типа, осмыслив сюжет, раскладывают их в любом порядке.

Возникающие ассоциации носят хаотический характер и не оттормаживаются. Отдельные слова вызывают новые ассоциации, которые больные тут же высказывают; любое возникающее представление, любое эмоциональное переживание получают свое отражение в речи больных. Больные сосредоточиваются на экспериментальном задании лишь на короткие промежутки времени. Понимая смысл пословицы, они не могут ее объяснить. Нередко какое-нибудь слово пословицы вызывает "цепочку" ассоциаций; иногда больные, не объяснив пословицы, приводят подходящий пример из своей жизни; последний напоминает им еще что-нибудь сходное, и мысль больных протекает в случайном направлении. Например, больной К. в гипоманиакальном состоянии объяснил пословицу "Не все то золото, что блестит" следующим образом: "Золото — это прекрасные золотые часы подарил мне брат, он у меня очень хороший. Когда мы вместе учились, мы ссорились, но потом жили мирно. Брат очень любил театр, мы видели с ним пьесу..." и т.д. Хаотичный характер ассоциаций помешал правильному объяснению пословицы, слово "золото" сразу повело к целой цепи воспоминаний. Но возможны и другие варианты, когда больные в своем объяснении опускают какое-нибудь звено. Так, например, другая больная сразу поняла смысл этой пословицы и в качестве примера, как потом удалось выяснить, хотела привести случай, когда яблоко, на вид хорошее, внутри оказалось с червоточиной. Однако больная этого случая не рассказала, а сразу начала говорить: "Яблоки, конечно, бывают червивые. Вот, например, бывают такие сорта яблок, когда этого не подумаешь... У нашей соседки мичуринские яблоки. Конечно, развитие мичуринского учения имеет большое значение..." Далее следуют разные воспоминания о знакомых мичуринцах и т.д. Точно так же больной в гипоманиакальном состоянии, выделив группу людей, т.е. выполняя задание на уровне правильных обобщений, вдруг, увидев картинку "кузнец", стал декламировать: «"Мы кузнецы и друг нам — молот... Люблю... старые революционные песни... песня — наш друг. А есть здесь, среди них карточки, напоминающие песню, искусство вообще? Да, картинки неважно нарисованы; кто вам их рисовал, художник? От слова "худо"». Больной смеется, держит в руках картинку и не выполняет задание. Когда экспериментатор просит его обратиться к заданию, напоминая, что надо найти принцип классификации, больной заме-

чает: "Да, я хотел людей отделить от животных", и продолжает раскладывать по обобщенному признаку.

Больному был доступен смысл задания, но любое слово, произнесенное им самим или экспериментатором, предмет отвлекали направленность больного и уводили от непосредственного задания. Неадекватным оказывалось само течение умственной деятельности. При направляющей помощи экспериментатора интеллектуальная продукция больного часто могла быть даже адекватна поставленной цели (в конце концов больной правильно рассортировывал карточки или определял понятия), но весь ход суждений, который самостоятельно выбирал больной, был неустойчивым.

Неустойчивость способов выполнения работы достигает у некоторых больных чрезвычайно утрированной формы — *повышенной "откликаемости"*. Они не только не в состоянии удерживать ход своих суждений в установленном ранее направлении, но и начинают реагировать на любой раздражитель, к ним не адресованный. Так, услышав, как другой больной говорит, что сегодня ему на завтрак дали колбасу, больной, передававший рассказ о том, как галка, перекрасившись, полетела в голубятню, говорит: "И голуби ее угостили колбасой".

С особой отчетливостью феномен "откликаемости" обнаружился в ассоциативном эксперименте. В качестве ответных реакций часто выступали названия предметов, находившихся перед глазами больных ("вплетения"); при предъявлении слова "пение" больной отвечает словом "стол", на слово "колесо" — словом "очки" и т.п. Подобная тенденция называть находящиеся перед глазами предметы наблюдалась иногда и у больных других групп, однако было достаточно указания экспериментатора, чтобы больные начинали правильно выполнять инструкцию. У наших же больных указание лишь на короткое время вызывало правильные реакции; спустя небольшой промежуток времени больные опять называли предметы, попадавшие в поле их зрения.

Эта тенденция выступала также и в том варианте ассоциативного эксперимента, где инструкция предусматривала особую направленность ответов, в частности, где требовалось назвать определенное количество предметов определенного цвета (красного, зеленого). Эта задача может вызвать известные затруднения и у здоровых испытуемых; она предполагает активное торможение тех слов, которые не соответствуют смыслу инструкции. В этих случаях испытуемые прибегают к различным приемам, которые должны облегчить припоминание необходимых слов (например, оглядываются вокруг себя, смотрят на окружающие предметы), но они не используются ими для ответа, если слова не соответствуют инструкции.

Последняя приобретает определяющее значение; ответы здорового человека в ситуации эксперимента зависят от условий задачи, от требования экспериментатора.

Больные в этом эксперименте временами называли находившиеся перед ними предметы, хотя они отнюдь не были окрашены в требуемые цвета. Инструкция экспериментатора вызывала целенаправленные действия на короткий отрезок времени. Любой объект, любая случайно услышанная фраза могли вызвать действия больных, неадекватные содержанию их деятельности, искажающие ход их суждений.

Инертность мышления. Антиподом описанного нарушения является тип нарушений мыслительного процесса, в основе которого лежит *инертность связей прошлого опыта.* В этих случаях больные не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой.

Подобные нарушения часто встречаются у больных эпилепсией, иногда у больных с отдаленными последствиями тяжелых травм головного мозга, при некоторых формах умственной отсталости.

Такие больные иногда в состоянии работать, но делают это с частыми срывами, теряют прежнюю квалификацию и выполняют работу, не требующую приобретения и использования новых знаний. В психоневрологическую больницу они поступают в связи с декомпенсацией состояния. В историях болезни отмечается, что больные принимают участие в трудовых процессах, читают газеты, проявляют часто интерес к жизни отделения; вместе с тем качество их умственной продукции невысоко, темп работы замедлен.

Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает замедленность, тугоподвижность их интеллектуальных процессов. Даже в тех случаях, когда они могут обобщить материал (выделить основной признак в опыте на классификацию предметов, понять условность инструкции), они допускают ошибочные решения, если им необходимо переключиться на новый способ решения задачи. Изменение условий затрудняет их работу.

Эта тугоподвижность мыслительного процесса приводила в конечном счете к тому, что больные не справлялись даже с элементарными заданиями, если последние требовали переключения. Так, например, один больной в опыте, где ему надо было опосредовать свой процесс запоминания и воспроизведения слов с помощью рисунка (составление пиктограмм), сразу придумывал условные обозначения для опосредования слов, если он мог нарисовать человека, и не мог этого сделать в тех случаях, когда ему казалось неудобным рисовать человека.

Плохую переключаемость обнаруживают больные и в опыте на опосредованное запоминание по методу А.Н. Леонтьева. Выбрав для запоминания слова какую-нибудь карточку, больные не в состоянии подобрать для этого слова другую. Следовательно, решение задачи доступно больным, если оно выполняется только одним определенным способом.

Подобная инертность связей прежнего опыта, в которой проявляется нарушение динамики мыслительной деятельности, в результате приводила к снижению операции обобщения и отвлечения. Выполняя задачу "классификация объектов", больные не только не объединяют в одну группу диких и домашних животных, но каждое из домашних животных выступает для них как единичный экземпляр. В результате само задание классификации не выполняется даже на конкретном уровне. Процесс сортировки, классификации, требующий оттормаживания одних элементов, сопоставления с другими, т.е. известной гибкости оперирования, переключения, для них затруднен. Так, один больной, выделив группу людей, разделяет ее на две подгруппы: людей, занятых физическим трудом, и людей, занятых умственным трудом (к последним относит и лыжника).

Экспериментатор предлагает объединить некоторые группы, например домашних и диких животных, людей разных профессий. Больной соглашается, начинает заново сортировать картинки, но в итоге приходит к прежнему способу, отстаивает его.

Такая же трудность переключения обнаруживается и в эксперименте по методу "исключение объектов". Так, больной при предъявлении карточки, на которой изображен "стол, стул, диван и настольная лампа", заявляет: "Конечно, все это мебель, это точно, а лампа не мебель. Но ведь на столе должна стоять лампа, если дело происходит вечером или хотя бы в сумерки... Ну, зимой рано темнеет, а тогда лучше удалить диван... Ежели есть стул — можно без дивана обойтись". На замечание экспериментатора: "Ведь вы же сказали сами, что лампа не мебель" — больной отвечал: "Конечно, правильно, надо выделить мебель, но лампа-то настольная, она на столе стоит. Я бы предложил выделить диванчик". Несмотря на то что сам больной не только понял, но и указал на принцип обобщения (мебель), он в реальном действии — сортировке предметов — снова и снова возвращается к выделенному им свойству: "Лампа настольная, она должна стоять на столе". Больной не может переключиться с принятого им решения.

Конкретные связи прежнего опыта инертно доминируют в мыслительной деятельности больных и определяют весь дальнейший ход их суждений.

Из-за подобной инертности связей прежнего опыта больные часто не упускают при выполнении задания ни одной детали, ни одно-

го свойства предметов и в результате не приходят даже к элементарному обобщению. Из этого стремления к уточнению, из желания исчерпать при решении какого-нибудь вопроса все многообразие фактических отношений и возникает то своеобразное эпилептическое "резонерство", проявляющееся в обстоятельности, излишней детализации, которое метафорически обозначается в клинике как "вязкость" мышления.

Особенно часто обнаруживается подобная инертность связей прежнего опыта при выполнении задания, которое требует более развернутого объяснения — при определении понятий.

Нарушение процесса саморегуляции познавательной деятельности. Нарушения саморегуляции играют особо важную роль в осуществлении познавательной деятельности. Эти нарушения выражаются в невозможности целенаправленной организации своих мыслительных действий. Некоторые формы нарушения мышления невозможно объяснить без привлечения представлений о саморегуляции: они должны рассматриваться как проявления нарушения осознания и подконтрольности своих мыслительных действий. Подобные формы нарушения познавательных процессов не затрагивают осуществления логических операций: больным могут оказаться доступными некоторые задания, требующие развитого абстрактного мышления. Однако в условиях необходимости организации своих действий (в ситуациях неопределенности, выбора, затруднения, конфликта) эти больные оказываются неспособными к осуществлению целенаправленной деятельности. Например, такие нарушения динамики мышления, как расплывчатость, нецеленаправленность, являются, по сути, выражением дезорганизации мышления.

Как справедливо отмечает А.Б. Холмогорова, саморегуляция не сводится к осознанию, контролю и перестройке мыслительных действий. В зависимости от того, как осознает себя человек в данной проблемной ситуации, как переживает ее, она приобретает для него различный смысл. Переживание ситуации может стимулировать к дальнейшему продолжению поиска или же отказу от него. Другими словами, саморегуляция может быть направлена на мобилизацию внутренних ресурсов для разрешения содержательного затруднения (решения проблемы или задачи) или же на уход из конфликтной ситуации затруднения (отказ от дальнейшего решения и стремление дискредитировать задачу или же оправдать себя). В соответствии с этим выделяются еще две функции саморегуляции познавательной деятельности — мобилизующая (продуктивная с точки зрения регуляции мышления) и защитная (непродуктивная).

На материале решения задач на соображение больными шизофренией (вялотекущая форма) А.Б. Холмогоровой показано, что у

больных происходит ослабление процесса саморегуляции мышления, выражающееся в нарушении конструктивной и мобилизующей функций при относительной сохранности контрольной и активизации защитной. Больные способны к контролю своих действий в условиях сформированности эталона действия. Но при необходимости самостоятельной выработки нового способа действия и перестройки прежнего у больных не происходит осознания неадекватности своих действий, и, по существу, перестройка не происходит. В ситуациях затруднения активизируются защитные формы поведения: уход из ситуации под различными предлогами, отказ от продолжения решения наступают значительно быстрее, чем в норме. Снижение осознанности мыслительных действий, отсутствие направленности на разрешение содержательного затруднения отрицательно влияют на общую продуктивность мыслительной деятельности.

В исследовании А.Б. Холмогоровой было также показано, что у больных шизофренией нарушается один из важнейших механизмов саморегуляции, основа децентрации и самоанализа — способность к смене позиции, отчуждению и объективации своих действий. Так, при определении понятий с инструкцией на понятность другому человеку (так, чтобы другой человек мог однозначно догадаться, о чем именно идет речь) больные часто оказывались не в состоянии представить себя в позиции отгадывающего, адекватно использовать культурный опыт. В то же время здоровые испытуемые использовали признаки, названные А.Б. Холмогоровой "культурными метками", например яблоко — плод, упавший на голову Ньютону, и т.д. Определения больных были размытыми, не позволяли догадаться, о каком предмете идет речь, здоровые же испытуемые направленно искали признаки, обладающие достаточно дифференцирующей силой.

Подобные нарушения саморегуляции связаны с нарушениями мотивационно-потребностной сферы. Анализ специфики стабильных изменений личности при шизофрении в сопоставлении с данными экспериментально-психологического исследования привел автора к выводу, что существенным фактором нарушения саморегуляции у больных шизофренией с преобладанием негативной симптоматики является так называемая "установка на самоограничение". Последняя выражается в направленности на ограничение контактов и сфер деятельности, предпочтении действовать сложившимися, легко актуализирующимися способами, избегании трудностей и интеллектуального напряжения.

Полученные данные позволяют объяснить отмечаемый многими исследователями факт, что наибольшая выраженность нарушения — или буквально следовать заданной цели, или переходить к произ-

вольному целеобразованию. Об этом свидетельствует и исследование А.П. Корнилова, в котором показаны различия в нарушении формирования конечных и промежуточных целей при решении мыслительных задач: если у больных шизофренией снижена побудительность целей, то у больных эпилепсией нарушен регулятивный аспект целеобразования.

В исследовании показано, что нарушения целеобразования в мыслительной деятельности обеих нозологических групп носят динамический характер и зависят от общей иерархии целей, стоящих перед испытуемыми. Они отражают складывающиеся актуально в процессе решения взаимоотношения между направленностью, побудительностью и произвольностью конечных целей.

Установлено также, что при развертывании целеобразования в условиях заданного предметного плана решения выявляются такие особенности мыслительной деятельности, как нарушения побудительного и регулятивного аспектов целеобразования; при незаданности же предметного содержания целей в условиях их произвольного выдвижения проявляются характерные нарушения мышления: актуализация латентных, необычных свойств предметов, абстрактность построений — у больных шизофренией; конкретность, детализация, ригидность мышления — у больных эпилепсией.

С.Х. Сафонова

МЕТОДИКА "ИСКЛЮЧЕНИЕ ПОНЯТИЙ"*

Существует много методик, выявляющих нарушение мышления у психически больных. Самыми распространенными являются методики: классификация, сравнение понятий, простые и сложные аналогии, исключение предмета и ряд других.

В клинике им. С.С. Корсакова в нашей практической работе мы широко пользуемся незаслуженно забытой методикой "исключение понятий". Суть методики в том, что в предлагаемых пяти словах следует найти четыре однородных и объединить их и исключить неоднородные.

В предъявляемых задачах для правильного их решения требуется самостоятельный подход, отличный в каждом отдельном случае от других. Эта необходимость возникает в связи с тем, что принцип решения задач различен.

В методике наряду с легко решаемыми задачами существуют и трудные, требующие логически правильных построений. Задачи

* См.: Вопросы патопсихологии. М., 1970.

имеются как конкретные, так и более абстрактные. Приведем примеры:

Больным предъявлялись понятия: Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий. Имелось в виду, что объединяются четыре имени, а фамилия исключается.

В другом случае предъявлялись понятия: грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение. Испытуемые должны были дифференцировать действия человека с явлениями природы.

Третий набор понятий: молоток, гвоздь, клещи, топор, долото. Испытуемые должны обобщить инструменты.

Нашу группу испытуемых характеризовало то, что почти все пациенты занимались интеллектуальным трудом, работали в настоящее время. Их поступление в клинику объясняется снижением работоспособности, затруднением в процессах запоминания и сосредоточения внимания. Психопатологическая картина характеризовалась отсутствием яркой продуктивной симптоматики. Почти во всех случаях не было затруднений в установлении обобщений, но логика суждений была нарушена. Продемонстрируем некоторые полученные нами данные.

Больная Ш., 23 года, имеет высшее образование, поступила в клинику с диагнозом: шизофрения.

В задаче: гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога — исключает муравейник. "Не знаю, что под ним понимать, если дом, где живут, то однородный, а если скопления, то неоднородный. Если обитель муравейник, то неоднородным будет курятник". Затем исключает берлогу, "так как все эти жилища слишком конкретизированы, если берлога в смысле логово зверя, тогда это неконкретизированно, а если имеется в виду берлога медведя, то тогда надо иначе рассматривать муравейник, если конкретизировать берлогу, то муравейник — скопище муравьев и тогда он исключается, если муравейник — нора, жилище их, то тогда берлога исключается, как малоконкретное понятие".

Больная В., 62 года, имеет незаконченное высшее образование, работает на литературной работе. Поступила в клинику с диагнозом: гипертоническая болезнь, реактивный параноид.

В задаче: лист, почка, кора, дерево, сук — исключает кору. "Все относится к дереву, а кора неоднородна, она многолетняя, все остальные — элементы дерева. Дерево покрыто корой, имеет почку, из почки развивается лист, разве это не однородно? Если исключить дерево, тогда это бессмысленно. Кора является постоянным элементом, она растет не с такой быстротой".

Проявление резонерства. Больной Р., 42 года, имеет высшее образование, работает инженером по радиолокации. Поступил в клинику с диагнозом: шизофрения.

В задаче: дом, сарай, изба, хижина, здание — исключает здание, "так как это элемент городского строения, а все остальные строения находятся в сельской местности". Затем исключает хижину — "это временное строение во время охоты. Все остальное строится для долговременного жилья".

6 — 3155

Больная К., 47 лет, имеет среднее образование, не работает. Поступила в клинику с диагнозом: органическое заболевание центральной нервной системы.

В задаче: лист, почка, кора, дерево, сук — исключает почку. "Если ее кушают, тогда ее надо исключить". Затем исключает лист — "он зеленый, хотя и к дереву относится, он питает все дерево".

Проявление соскальзывания. Больная С., 19 лет, студентка II курса МИИТа. Поступила в клинику с диагнозом: маниакально-депрессивный синдром.

В задаче: дом, сарай, изба, хижина, здание — исключает дом, "так как все остальные — здания, а дом — это семейный очаг".

Больная П., 35 лет, имеет среднее специальное образование. Поступила в клинику с диагнозом: шизофрения.

В задаче: гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога — исключает муравейник, "так как гнездо, нора, берлога, курятник могут быть пустые, а муравейник — нет".

Больная Ж., 23 года, имеет высшее образование, работает инженером-программистом. Поступила в клинику с диагнозом: депрессивное состояние.

В задаче: гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога — исключает муравейник — "когда муравьи переселяются, груда хлама остается".

Непонимание логической связи со своеобразными трактовками. Больной Б., 45 лет, имеет высшее образование, работает инженером, начальником группы. Поступил в клинику с диагнозом: шизофрения.

В задаче: молоток, гвоздь, клещи, топор, долото — исключает топор, "молоток связан с гвоздем, клещи связаны с вытаскиванием гвоздя". "Исключу клещи — тогда, когда я строю заново, они мне не нужны, они нужны, когда разрушаешь. Исключу гвоздь — один гвоздь мне не нужен, зачем вообще один гвоздь, если бы было написано гвозди..."

Больная Ш., 26 лет, студентка VI курса. Поступила в клинику с диагнозом: психопатия, шизофрения.

В задаче: гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога — исключает берлогу, "так как это жилище для одного, а все остальное — для нескольких".

В задаче: молоток, гвоздь, клещи, топор, долото — "исключаются клещи, потому что по смыслу они употребляются только во множественном числе" (использование формальных признаков).

Неверные мотивировки. Больной Д., 30 лет, имеет высшее образование, работает старшим механиком на теплоходе. Поступил в клинику с диагнозом: органическое заболевание центральной нервной системы.

В задаче: лист, почка, кора, дерево, сук — исключает вначале лист, "если он бумажный", затем исключает кору — "может быть кора земная", затем исключает дерево — "как поделочный материал, а остальное — растущие части дерева".

Таким образом, в приведенных примерах главные трудности не в понимании общих понятий и абстрагировании, а в нарушении самого процесса мышления, который выражается в резонерстве, соскальзывании, непонимании логических связей, разноплановости.

Раздел III
ПАТОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Б.В. Зейгарник

НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ*

Пути исследования личности. Прежде всего следует отметить, что исследование нарушений личности не носит однозначного характера. Оно может выражаться в изменении строения мотивов, их иерархии, их смыслообразования, в нарушении самооценки и уровня притязания, нарушениях общения, самоконтроля и саморегуляции в анализе формирования новых патологических мотивов и потребностей. Остановимся на двух принципиальных положениях.

Первое. Многочисленными исследования в области нарушений личности показано, что именно практика медицины, особенно психоневрологии, оказалась плодотворной при разрешении многих вопросов психологии личности, ибо, как сказал еще в XIX в. В.К. Кандинский, болезнь есть та же жизнь, текущая по тем же закономерностям, что и нормальная, но только в измененных условиях. Следует отметить, что, проводя исследование в области даже частных вопросов аномальной психологии личности, мы неминуемо наталкиваемся на ряд серьезных методологических проблем.

1. Проблема соотношения биологического и социального в развитии психики человека.

2. Проблема приобретенного и врожденного в формировании личности.

3. Проблема индивидуальных свойств личности.

4. Проблема условий порождения аномальных мотивов и потребностей и многие другие.

Конечно, мы все исходим из положений марксистской философии о том, что сущность человека определяется общественными отношениями, что системный деятельный подход необходим при разрешении любых частных вопросов в области психологии лично-

---

* См.: *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М., 1986.

сти. Однако разные психологические направления по-разному решают, что же является тем центральным звеном, которое подлежит исследованию изменений личности.

Второе, на чем следует остановиться, это вопрос о принципах построения так называемых личностных методик. Нередко забывается, что за любым методом всегда стоит методология, мировоззрение, теоретическая мысль самого ученого, создавшего ту или иную методику. Если З. Фрейд применял метод толкования сновидений, оговорок, то он это делал потому, что предполагал, что человеческие переживания, действия детерминируются бессознательными силами, которые антагонистичны сознанию, и что они должны проявиться в символах. Если А.Н. Леонтьев применял метод опосредованного запоминания, то он исходил из положения, что психические процессы опосредованы по своей структуре.

Поэтому методологически необоснованно, когда пытаются с помощью какого-нибудь *одного метода*, за которым часто стоит чуждая нам методология, разрешать вопросы психологии личности.

При патопсихологическом исследовании личности перед психологом стоит сложнейшая задача; в ней можно разобраться, лишь давая ответ на определенный, заданный жизненной практикой вопрос. Исследователь должен себе ясно представить, что следует в каждом конкретном случае исследовать. Надо найти возможность распутать этот сложнейший клубок диалектических противоречий — мотивов, установок, ценностей, конфликтов, который мы называем личностью. Поэтому любая задача, относящаяся к проблеме личности, — будь то теоретическая или практическая, — требует глубокого методологического подхода, который должен стоять за применяемыми методами.

Между тем решение этой проблемы нередко упрощается тем, что исследователь нацеливается не столько на анализ изучаемого явления, сколько на поиски некоего экспериментального метода, который смог бы, как рентген, "высветить" личность в целом.

Одни считают, что для этого надо найти метод, который позволит выявить типы людей, и что установление типологии, классификации людей поможет разрешать не только теоретические вопросы, но и практические, например выявить типы людей, пригодных для руководящей работы в промышленности, транспорте, даже прогнозировать асоциальное поведение.

Другие видят панацею в выявлении акцентуированных личностных установок; третьи ожидают точного ответа от прожективных методик, считая, что процесс идентификации испытуемого с "героем" картины раскроет центральное звено в личности. Многие видят разрешение задач, касающихся психологии личности, в вы-

явлении множества черт и их корреляции (Кэттел). Существует также представление о том, что только математическая формализация данных эксперимента раскроет психологическую реальность живого человека.

Именно поиски некоего метода, с помощью которого можно узнать всю личность, разрешить ее сложнейшие жизненные задачи и конфликты, привели к тому, что методики стали жить как бы своей самостоятельной жизнью.

Думается, что подобная точка зрения иллюзорна и принципиально методологически неоправдана. Получается странное в методологическом отношении положение: утверждая, декларируя, что психические процессы, психическая деятельность формируются прижизненно, психолог направляет свои усилия на поиск метода, который установил бы личность в целом, раз и навсегда данную.

Если мы не будем помнить о методологии эксперимента, то соберем лишь эмпирические факты и уподобимся, по меткому выражению Гордона Олпорта, "всаднику без головы", скачущему за фактами и собирающему их в мешок.

При изучении изменений личности данные, полученные с помощью методик, следует анализировать в связи с исследованием жизни человека. Нельзя на основании данных какой-либо одной методики ответить на вопрос профпригодности, нельзя ответить на суровые вопросы, которые ставит судебная или трудовая экспертиза, или рекомендовать пути психокоррекции.

Психолог, работающий в клинике, в диспансере, имеет возможность ознакомиться с объективными данными жизненного пути человека до его заболевания, с его поведением в отделении, со способом его общения с другими больными, с персоналом, с поведением больного в трудовой ситуации, т.е. патопсихолог должен ознакомиться с *этапами жизни* больного объективным способом, а не с его слов.

Именно знание прошлого жизненного пути, прошлых забот и ценностей сидящего перед вами человека часто определяет выбор методических приемов для исследования его личностных особенностей.

Во-вторых, *сам патопсихологический эксперимент, направленный на решение практических задач*, является *совместной* работой, общением экспериментатора и испытуемого. В этой ситуации экспериментатор сам решает задачу. Например, у больного при исследовании познавательной деятельности выявилась тенденция к использованию латентных признаков. А отношение к экспериментатору и эксперименту, способы общения были адекватными. Тогда экспериментатор должен решить, чем вызваны несоответствия вышеописанных особенностей: нецеленаправленностью больно-

го, наступившей психической истощаемостью или другим. И тогда следует решить, как строить эксперимент дальше, какие методики предъявлять. Ситуация эксперимента *напоминает ситуацию шахматной игры.*

Выше мы говорили о том, что предъявленный испытуемому реальный отрезок деятельности, позиция экспериментатора, его замечания вызывают реальное переживание, реальное эмоциональное состояние у него. Иными словами, патопсихологический эксперимент обнажает реальный пласт, по выражению Политцера, сегмент "драмы" личности. Это специфика эксперимента в нашей отечественной патопсихологии.

Исследования частных вопросов нарушений личности как нарушения соотношения уровня притязаний и самооценки, соотношения смыслообразующих и действенных функций мотивов должны проводиться не путем *срезового* исследования, а в соотношении с реальной динамикой жизни данной личности, ибо *личность есть всегда формирующаяся, развивающаяся система.*

Патопсихологическое исследование личности всегда нацелено на исследование конкретного человека, он помогает экспериментатору выявить, по каким мотивам совершено антисоциальное действие, как мог человек, высокостоящий на лестнице ценностных ориентаций (актер, ученый), стать, например, алкоголиком. Патопсихологический эксперимент является особым видом деятельности, которая отражает реальные жизненные позиции больного.

По своей сути эксперимент в области патопсихологии личности всегда касается определенного человека при определенных условиях.

В этой связи думается, что разделение методик на "личностные" и "не личностные" условно. Конечно, существуют методики, более нацеленные на исследование личности (например, проективные методики более нацелены на это, чем складывание куба Линка), но принципиально и складывание куба Линка может выявить личностные особенности человека, например, в ситуации судебной экспертизы.

Еще в 50-е гг. С.Я. Рубинштейн и С.Д. Калашник указывали на характерную особенность поведения психопатов, симулирующих при прохождении экспертизы на интеллектуальную недостаточность. Эта особенность заключается в "двухактном решении задач": больной вначале "загорается" решением, "мотив экспертизы" еще не сформировался, а потом, как бы спохватившись, начинает решать неправильно, что свидетельствует о недостаточности критичности.

Таким образом, методологические основы патопсихологического эксперимента, направленного на исследование личности, заключаются в том, что эксперимент позволяет формировать особую форму деятельности, в которую включены главнейшие индикаторы дея-

тельности (системного) подхода к личности: мотивированность действий, их целенаправленность, возможность контроля, регуляция, критичность. Патопсихологический эксперимент направлен на анализ индивидуальной личности, а не на выделение отдельных черт.

В этой связи хотелось бы напомнить о работах Б.М. Теплова, которые показали, что нет однозначных отношений между типологическими особенностями нервной системы и поведением человека. Б.М. Теплов говорил о том, что свойства нервной системы делают *некоторые формы поведения лишь более вероятными, что сложность факторов, опосредующих эту зависимость, настолько велика, что уверенное прогнозирование поведения по параметру типологии почти невозможно.*

Известно, что в ситуациях, разных по своей субъективной "значимости" (Ф.В. Бассин), по их смысловой мотивации, люди, сходные по своему физиологическому типу, проявляют себя по-разному. Это показал, между прочим, и опыт Великой Отечественной войны. Люди так называемого слабого типа, неуверенные в себе, проявляли чудеса героизма.

Об этом, в сущности, говорит и П.Б. Ганнушкин, сторонник конституционализма. "Один параноик, — пишет он, — окажется признанным ученым, а другой — душевнобольным; один шизоид — всеми любимый музыкант, поэт, другой — невыносимый бездельник. Все дело в клиническом, т.е. *жизненном, выявлении* психопатии, *которое является определяющим жизненную практическую сторону дела*". Следовательно, не сам тип является зерном личности, а тот путь, *который избрал человек*, те мотивы, которые движут его поступками, то, как он сам регулирует свое поведение.

Экспериментально-психологические исследования патологии деятельности и личности могут идти в разных направлениях.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время намечаются два направления: использование опросников, анкет и экспериментальный путь исследования. Мы останавливаемся в данной работе на последнем пути, т.е. экспериментально-психологическом, который сочетается с анализом данных истории болезни.. Но и сами экспериментально-психологические исследования патологии личности могут идти в разных направлениях.

Одним из путей исследования патологии личности является наблюдение над общим поведением больного во время эксперимента. Даже то, как больной "принимает" задание или инструкцию, может свидетельствовать об адекватности или неадекватности его личностных проявлений. Любое экспериментально-психологическое задание может явиться индикатором эмоционально-волевых, личностных особенностей.

При любом исследовании должно быть учтено это отношение личности, совокупность ее мотивационных установок. Это положение было высказано В.Н. Мясищевым еще в 30-х гг. Он указывал на существование двух планов отношений: отношения, созданного экспериментатором, и отношения, порождаемого самой задачей.

Отношение к ситуации эксперимента выступает в клинике нередко в особо обостренной форме. Многими больными ситуация эксперимента воспринимается как некое испытание их умственных способностей, иногда больные считают, что от результатов исследования зависит срок пребывания в больнице, назначение лечебных процедур или установление группы инвалидности. Поэтому сама ситуация эксперимента приводит у сохранных больных к актуализации известного отношения. Так, например, некоторые больные, опасаясь, что у них будет обнаружена плохая память, заявляют, что "память у них всегда была плохая". В других случаях они говорят о том, что всегда отличались рассеянностью. Поэтому предъявление любого задания, даже несложного, может вызывать в ситуации эксперимента личностную реакцию.

Особенно четко выступает обостренное отношение больного к экспериментальной ситуации в клинике экспертизы (трудовой, судебной). Одни больные (в условиях трудовой экспертизы) нередко пытаются продемонстрировать сохранность своих трудовых возможностей, другие же, наоборот, заинтересованы в том, чтобы проявить свою трудовую несостоятельность. Еще резче может проявиться подобное отношение больного в условиях судебно-психиатрической экспертизы, когда у ряда больных может возникнуть "установка на болезнь". В этом случае ведущим мотивом является стремление проявить свою интеллектуальную несостоятельность, т.е. не решить задачу. Этот мотив вступал в конфликт с адекватно действующим мотивом, исходящим из самой задачи. В результате интеллектуальное действие больного оказывается, как мы указывали ранее, сложным, двухактным, но структурно сохранным.

В других случаях актуализируется отношение, порождаемое самой задачей. Но и это порождаемое задачей отношение не является однослойным; иногда возникает "деловое" отношение к задаче, выполнение ее обусловливается познавательным мотивом; само задание может заинтересовать испытуемого своим содержанием, оно приобретает для него какой-то смысл. Иногда же отношение, порождаемое заданием, носит иной характер: задание может приобрести мотив самопроверки, самоконтроля. В таких случаях задание актуализирует известный уровень притязаний личности и может явиться как бы объективированным для личности мотивом его решения. Эта мотивированность нередко мобилизует сохранные ре-

сурсы личности. Поэтому может оказаться, что у некоторых личностно сохранных, но астенизированных и истощаемых больных условия эксперимента стимулируют активность и способствуют частичному преодолению истощаемости. В результате поведение таких больных в эксперименте может оказаться более сохранным, чем в обычной жизненной ситуации. Такие явления наблюдались у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга, которые в ситуации эксперимента могли выявить лучшую интеллектуальную продукцию, нежели в профессиональных условиях.

Мы не раз убеждались, что наблюдения за больными, выполняющими самые простые задания, могут оказаться полезными для учета их отношения. Так, например, одни больные, выполняя задания, направленные на исследования комбинаторики (складывание кубиков Кооса, куба Линка), не обнаруживают эмоциональных реакций при ошибочных действиях. Они не реагируют на замечания экспериментатора, указывающего на ошибки. У других больных появление ошибочных решений вызывает раздражительность, часто такой больной прерывает работу, не доводя ее до конца, разбрасывает кубики.

Подобное поведение мы наблюдали у психопатов и у больных, в состоянии которых отмечаются симптомы раздражительной слабости, астении, хотя в этих случаях двигательная реакция не столь сильно выражена. У детей в состоянии глубокой астении затруднения при выполнении задания вызывают нередко депрессивные реакции, слезы.

Наблюдения за поведением испытуемого во время эксперимента дают также возможность судить о критичности больного, о степени его самоконтроля. Иногда бывает и так, что больной в процессе экспериментальной работы впервые осознает свою умственную недостаточность и соответствующим образом реагирует на нее.

Следовательно, поведение и высказывания больного, его реакции на ситуацию эксперимента могут послужить материалом для анализа его личностных проявлений. В известном смысле любой экспериментальный прием содержит в себе характеристику "прожективности".

Другой методический путь исследования изменений личности — это путь опосредованного выявления изменений личности с помощью эксперимента, направленного на исследование познавательных процессов. Этот путь кажется вполне правомерным и оправданным, ибо познавательные процессы не существуют оторванно от установок личности, ее потребностей, эмоций.

Путь опосредованного изучения личности не ограничен. Принципиально любая экспериментальная методика может оказаться пригодной для этого, так как построение модели человеческой деятельности (а приемы экспериментально-психологического исследования являются таковыми) включает в себя и отношение человека.

Исследованиями Э.А. Евлаховой показано, что даже столь простое задание, как описание несложного сюжета картины, зависит от уровня эмоциональной сферы испытуемого.

Нарушение эмоционального отношения с особой четкостью выступило при описании таких картинок, осмысление которых опирается преимущественно на физиогномию изображенных персонажей. Для этой цели Н.К. Киященко были применены картинки так называемого "производственного" ТАТ Хекхаузена. Испытуемому предлагалась "глухая" инструкция: "Я вам покажу картинки, посмотрите на них и расскажите, что здесь нарисовано". Только после выполнения задания ставился вопрос о том, что дало испытуемому основание для того или иного описания.

Данные исследования Н.К. Киященко показали, что здоровые испытуемые подходили к заданию с общей направленностью на выяснение содержания картинки. Эти поиски — определение сюжета картинки — проводились с опорой на позу и мимику изображенных персонажей. Как правило, при выполнении этого задания здоровые испытуемые выявляли собственное отношение к изображенным событиям и лицам.

Совершенно иные результаты получены Н.К. Киященко при исследовании с помощью этой методики больных шизофренией (простая форма). В отличие от здоровых людей у больных этой группы отсутствует направленность на поиски правильной интерпретации. В ответах больных содержится лишь формальная констатация элементов картинки: "двое людей", "сидит человек в кресле", "разговор двух людей" либо обобщенная характеристика: "отдых", "минута молчания". Больные не выражают, как правило, своего отношения к изображенной ситуации.

Данные исследования больных эпилепсией обнаружили иные показатели; склонность к детализации, к чрезмерному "морализированию", к гипертрофированным оценочным суждениям — "отец обязан поучать сына".

Таким образом, исследование Н.К. Киященко показало, что восприятие картинки с неопределенным сюжетом способно выявить динамику мотивационной сферы человека, его отношения. Однако, для того чтобы это было выявлено, необходимо, чтобы ситуация эксперимента и стратегия экспериментатора возможно глубже способствовали формированию отношения больного.

Исследования "уровня притязаний" впервые были начаты сотрудником К. Левина Ф. Хоппе. Методика состояла в следующем: испытуемым предлагается ряд заданий (от 14 до 18), отличающихся по степени трудности. Все задания нанесены на карточки, которые расположены перед испытуемым в порядке возрастания их номе-

ров. Степень трудности задания соответствует величине порядкового номера карточки.

Исследования Ф. Хоппе показали, что, как правило, испытуемые выбирают после успешных решений задания более сложные и, наоборот, после ряда неудачных решений обращаются к заданиям более легким. Качество выполнения задания влияет на выбор следующего задания.

Задания, которые предлагаются испытуемому, могут быть по своему содержанию весьма различны в зависимости от образовательного уровня и профессии испытуемых. Например, испытуемым школьникам или студентам технических вузов можно предлагать математические задачи, студентам гуманитарных факультетов — задачи, требующие знаний в области литературы, искусства, задания типа головоломок. Иными словами, содержание заданий должно соответствовать общеобразовательному уровню испытуемых. Только при этом условии у них вырабатывается серьезное отношение к ситуации эксперимента, создается ситуация выбора.

Карточки с заданиями раскладываются перед испытуемым в два ряда. Ему дается следующая инструкция: "Перед вами лежат карточки, на обороте которых написаны задания. Номера на карточках означают степень сложности заданий. Задания расположены по возрастающей сложности. На решение каждой задачи отведено определенное время, которое вам не известно. Я слежу за ним с помощью секундомера. Если вы не уложитесь в это отведенное время, я буду считать, что задание вами не выполнено, и ставлю минус. Если уложитесь в отведенное вам время — ставлю вам плюс. Задания вы должны выбирать сами". Таким образом, испытуемому дается право самому выбирать сложность задания, т.е. ставить цель.

Экспериментатор может по своему усмотрению увеличивать или уменьшать время, отведенное на выполнение задания, тем самым произвольно вызывать у испытуемого переживание неудачи или удачи, показать, что задание выполнено правильно, либо, ограничивая время, опровергнуть результаты. Только после оценки экспериментатора испытуемый должен выбрать другое задание, более сложное или более легкое. Анализ экспериментальных данных показал, что выбор задания (по степени трудности) зависит от успешного или неуспешного выполнения предыдущего. Однако само переживание успеха и неуспеха зависит от отношения испытуемого к цели. Испытуемый всегда начинает работать с определенными притязаниями и ожиданиями, которые изменяются в ходе эксперимента. Совокупность этих притязаний, которые перемещаются с каждым достижением, Хоппе называл "уровнем притязаний человека". Переживание успеха или неуспеха зависит, таким образом, не

только от объективного достижения, но и от уровня притязания. При отсутствии уровня притязания достижение не переживается как успех или неуспех.

Исследования Ф. Хоппе показали, что после успешных решений уровень притязания повышается, испытуемый обращается к более сложным заданиям; после неуспеха уровень притязаний медленно понижается.

Работа Ф. Хоппе была первой попыткой экспериментальным путем исследовать условия для формирования уровня притязания под влиянием успешного или неуспешного решения задачи; за ней последовали другие работы.

Законы динамики уровня притязания, которые установил Ф. Хоппе, были проверены в исследовании М. Юкнат "Достижение, уровень притязания и самосознание". Вместо отдельных задач, как у Хоппе, она предлагала серию задач. Первая серия (10 лабиринтных задач) гарантировала успех, т.е. испытуемый мог решить задачи — найти путь от начала до конца лабиринта. Это была "серия успеха". Во второй серии — "серия неуспеха" — все задачи (тоже 10 лабиринтных задач), кроме первой, не имели решения, т.е. путь лабиринта всегда вел в тупик.

М. Юкнат исследовала две группы испытуемых. Первая группа начинала работу с серии, которая гарантировала успех, вторая группа начинала со второй серии. Оказалось, что испытуемые, начинавшие с первой серии, во второй серии обнаружили более высокие притязания и, наоборот, испытуемые, которые выполняли сначала задания серии "неуспеха", начинали вторую серию с легких задач. Более того, с этими же испытуемым проводились эксперименты спустя две недели. Испытуемые первой серии начинали с трудных, а второй — с легких заданий. Таким образом, М. Юкнат показала, что формирование уровня притязаний связано с предыдущим опытом, оно имеет свою динамику.

Работы Ф. Хоппе и М. Юкнат исследовали уровень притязаний испытуемых, интересуясь его динамикой лишь в данной ситуации. В них не ставился вопрос о зависимости уровня притязаний от самооценки испытуемых.

При исследовании больных шизофренией (простая форма, с вялым течением процесса), по данным Б.И. Бежанишвили, у них не было обнаружено зависимости выбора задания от успешного или неуспешного предыдущего решения. Уровень притязаний не формировался; не вырабатывалась и адекватная самооценка своих возможностей. Высказывания больных не носили сколько-нибудь эмоциональной окраски; больные не обнаруживали огорчения даже тогда, когда экспериментатор подчеркивал их неудачи.

В исследованиях А.Б. Холмогоровой изучались особенности уровня притязаний у больных шизофренией в зависимости от ведущего синдрома заболевания (неврозоподобный, психопатоподобный, параноидный). Автором была произведена модификация методики уровня притязаний, позволяющая эксплицировать возникающую у испытуемых перспективную цель, выявить ее характеристики и проанализировать влияние на динамику уровня притязаний. В качестве экспериментального материала в этом варианте методики используются лабиринты одинаковой степени сложности (Heckhausen, 1974), а в качестве уровня притязаний выступает время, которое испытуемый предполагает затратить на каждое последующее задание.

Эксперимент состоял из двух серий, по семь лабиринтов в каждой. В первой серии испытуемый последовательно решает семь задач, каждый раз сообщая свой уровень притязаний на следующий лабиринт. Так как научение в этих заданиях происходит довольно быстро, то результаты заметно улучшаются. Перед началом второй серии экспериментатор сообщает испытуемому "социальную норму" выполнения задания — время, за которое якобы выполняют это задание другие. "Социальная норма" составляется самим экспериментатором так, чтобы названное время было доступным для испытуемого, насколько позволяет об этом судить динамика результатов первой серии, но все же достаточно трудным для достижения. Затем экспериментатор просит испытуемого распланировать свои достижения сразу на семь оставшихся лабиринтов. Этот запланированный на вторую серию уровень выполнения и представляет собой перспективную цель. Затем в процессе выполнения задания испытуемому разрешается корректировать составленный план.

В норме перспективная цель строится с учетом "социальной нормы" выполнения и динамики предшествующих результатов, т.е., как правило, планируется постепенно улучшение результатов вплоть до достижения "социальной нормы" выполнения. Построенная таким образом перспективная цель стимулирует к улучшению результатов, играет роль регулятора динамики уровня притязаний. Динамика уровня притязаний в норме характеризуется высокой подвижностью (частотой изменения уровня притязаний), гибкой зависимостью от успеха—неуспеха, адекватным учетом своих достижений. В ситуации успеха почти нет случаев, когда уровень притязаний остается неизменных, при этом выражена ориентация на улучшение достижений (уровень притязаний постоянно растет).

В группе больных с неврозоподобным синдромом преобладала негативная симптоматика. У этих больных перспективная цель носит статичный, не ориентированный на будущее характер (планируется, как правило, достижение уже полученного лучшего результата). Таким образом, у больных отсутствует регулятор динамики

уровня притязаний, стимулирующий к росту достижений. Ориентация на "социальную норму" достижения отсутствует. Уровень притязаний в ситуации успеха малоподвижен и не растет вверх. В динамике уровня притязаний преобладает мотивация избегания, выражены защитные формы поведения. Уровень притязаний несколько более подвижен и адекватен в ситуации неуспеха. Собственные достижения в целом учитываются (среднее отклонение уровня притязаний от уровня достижений близко к норме), но без всякой ориентации на их улучшение.

При психопатоподобном синдроме происходит снижение ориентации на уровень достижений (среднее отклонение уровня притязаний от уровня достижений вдвое больше, чем в норме). Перспективная цель строится без учета реальных достижений и их динамики и носит неадекватный характер. При этом выражены две тенденции: больные либо вообще игнорируют "социальную норму" выполнения, либо ставят задачу достичь ее сразу, без промежуточных этапов. Для больных этой группы характерно особенно выраженное снижение критичности.

При параноидном синдроме у многих больных также снижается ориентация на уровень достижений, а в самом плане не учитываются "социальная норма" и динамика достижений. Больные этой группы часто не целиком принимают экспериментальную ситуацию (например, не верят, что лабиринты одинаковы по сложности), что может самым причудливым образом искажать картину динамики.

Динамика уровня притязаний у больных шизофренией (вялотекущая форма) была детально изучена в исследовании Н.С. Курека с помощью различных методических приемов. Автор раскрывает связь адинамии уровня притязаний со снижением активности у больных шизофренией и нарастанием шизофренического дефекта.

Как показали исследования А.Б. Холмогоровой и Н.С. Курека, наиболее адекватным для изучения уровня притязаний при шизофрении является методический прием, где в качестве экспериментального материала используются лабиринты одинаковой сложности, а в качестве уровня притязаний выступает время, которое испытуемый предполагает затратить на каждое следующее задание. В отличие от методики М. Юкнат с разными по сложности лабиринтами в данном варианте испытуемый может неоднократно формировать один и тот же уровень притязаний и даже вообще не изменять его. Кроме того, в указанном варианте методики испытуемый получает более полную информацию о своих достижениях и, соответственно, выявляются более тонкие взаимосвязи уровня притязаний и уровня достижений. Это и позволило вскрыть наиболее характерную особенность уровня притязаний при шизофрении — его

патологическую ригидность, особенно выраженную в ситуациях успеха (резкое снижение частоты изменений уровня притязаний по сравнению со здоровыми испытуемыми).

Совершенно иная картина выявляется при исследовании "уровня притязаний" психопатов. Уровень притязаний у них очень быстро формировался и, как правило, был завышен. Однако он отличался хрупкостью, неустойчивостью: при малейшей неудаче он снижался и точно так же быстро повышался при удачных решениях.

Чрезвычайно интересным оказался тот факт, что неустойчивый уровень притязаний у больных психопатией сочетается с большой истощаемостью к концу эксперимента. Ситуация эксперимента теряет свою актуальность, наступает быстрое угасание мотива к действию. Тенденция к повышенной самооценке, которая присуща, как правило, этим больным, не может заменить угасающего мотива к действию.

Н.К. Калита пришла к выводу о необходимости найти более объективные градации сложности заданий. Она внесла следующую вариацию в методику эксперимента. Испытуемым предлагались пары картинок, которые отличались друг от друга количеством элементов (типа "проб на внимание"). Испытуемые должны были найти различия между ними. Было составлено 12 пар заданий, расположенных по возрастающей степени трудности. Критерием сложности служило количество различий между двумя картинками и время, которое было нужно здоровому испытуемому для их нахождения (от 15 с до 3 мин). Испытуемому говорилось, что исследуется его внимание.

Подобная модификация методики позволила Н.К. Калите выявить следующее.

1. Формирование уровня притязаний зависит не только от оценки экспериментатора, но и от отношения испытуемого к экспериментатору и эксперименту в целом.

2. Уровень притязаний не образуется в тех случаях, когда у испытуемого формируется "деловое" отношение к эксперименту, когда мотивом для него становится стремление познакомиться с задачами.

Все эти данные приводят к следующему выводу: для того чтобы эксперимент мог выявить уровень притязаний человека, он должен быть так смоделирован, чтобы мог вызвать не только направленность на содержание задачи, но и способствовал формированию отношения к экспериментальной ситуации и к экспериментатору.

К методикам, направленным на исследование самооценки, следует отнести и методику, разработанную С.Я. Рубинштейн. Она представляет собой вариант методики Т.В. Дембо, которая применялась для выявления "представления о счастье", но С.Я. Рубинштейн использует ее значительно шире. Заключается методика в следующем: перед испытуемым кладут чистый лист бумаги; эксперимента-

тор проводит на нем вертикальную черту и просит испытуемого отметить свое место по состоянию здоровья среди всех людей, размещенных на этой черте (от самых здоровых — вверху до самых больных — внизу).

Затем испытуемому предлагается аналогичная задача: его просят отметить свое место среди всех людей по уму (вторая вертикальная черта); после этого — по счастью и по характеру (третья и четвертая вертикальные черты).

Когда испытуемый выполнил все эти задания, его просят рассказать, каких людей он считает счастливыми, несчастливыми, глупыми, умными и т.д. Таким образом, в конечном итоге выявляется соотношение самооценки испытуемых с их представлением об этих категориях. По данным С.Я. Рубинштейн, у здоровых людей независимо от их самооценки обнаруживается тенденция к "точке чуть выше середины".

При психических заболеваниях нередко наблюдается некритичное отношение к своей болезни и способностям, вследствие чего самооценка больных является в одних случаях слишком завышенной, в других — слишком заниженной.

Сопоставление данных методики "уровня притязаний" и исследования самооценки, по Дембо—Рубинштейн, оказалось полезным для выявления личностных особенностей больного.

Адекватным приемом для исследования патологически измененной личности явилась методика "исследования психического пресыщения", предложенная ученицей К. Левина А. Карстен. Она направлена на исследование возможности удержания и восстановления побуждения к выполнению задания.

Испытуемому предлагается выполнить длительное монотонное задание, например рисовать черточки или кружки (при этом перед испытуемым лежит большая стопка листов бумаги). Ему дается инструкция: "Чертите, пожалуйста, черточки (кружочки) вот так (экспериментатор чертит несколько одинаковых черточек или кружочков)". Если испытуемый спрашивает, сколько же ему надо чертить, экспериментатор отвечает абсолютно бесстрастным голосом: "Сколько вам захочется, вот перед вами лежит бумага".

Исследования, проведенные А. Карстен (1927) и И.М. Соловьевым-Элпидинским (1933), показали, что вначале испытуемые довольно аккуратно выполняют предложенное им задание; однако спустя короткое время (5—10 мин) они начинают привносить в задание вариации, т.е. незаметно для себя испытуемый несколько меняет задачу. Эти вариации носят характер либо изменения внешней структуры задания (черточки или кружочки становятся меньше или больше), либо темпа работы, ритма и т.д. Иногда ис-

пытуемые прибегают к "сопроводительным" действиям: они начинают напевать, посвистывать, постукивать ногами. Эти вариации свидетельствуют о том, что побуждение к выполнению задания начинает иссякать, наступает, как выражается А. Карстен, явление "психического пресыщения".

По мнению Карстен, подобные явления, т.е. появление вариаций в задании, свидетельствуют о том, что побуждение к выполнению задания начинает иссякать; вариации носят в известной мере характер "профилактических" действий; изменение в структуре заданного действия дает возможность продолжать его. Вариации представляют собой временный "уход" от работы, которая реализуется в переходах к деятельности, близко лежащей к основной. И.М. Соловьев-Элпидинский назвал, вслед за А. Карстен, появление вариации "эквивалентом ухода от работы". Чем тоньше такие эквиваленты, тем более они свидетельствуют о гибкости поведения испытуемого.

Экспериментатор тщательно записывает спонтанные высказывания испытуемого, характер его реакций, его мимику, выразительные движения. При этом фиксируется время появления новых вариаций.

Спустя некоторое время (обычно 20—30 мин), когда учащаются вариации и их проявление приобретает выраженный ("грубый") характер, дается новая инструкция: "Это монотонное задание вам было предложено для того, чтобы исследовать вашу выдержку. Продолжайте, если хотите, вашу работу".

Реакция испытуемых на новую инструкцию различна. Некоторые испытуемые сердятся: "Что же вы мне раньше не сказали?" — и бросают работу. Других же новая инструкция приводит к новому осмыслению ситуации. "Ну, тогда другое дело", — часто слышится в ответ. Подобное осмысление задания часто приводит к тому, что вариации становятся реже, менее выраженными, а иногда и совсем исчезают.

После новой инструкции экспериментатор тщательно записывает реакцию и высказывания испытуемого, отмечает, как и раньше, время наступления и характер вариаций. Время прекращения опыта заранее не установлено. Как правило, испытуемые сами прекращают работу: "Не могу больше". Но иногда некоторые испытуемые сами не склонны прекратить ее, потому что меняют для себя смысл задания. Об этом свидетельствуют как спонтанные высказывания, так и самоотчет испытуемых. "Я хотел посмотреть, кому скорее надоест, вам (т.е. экспериментатору) или мне" или "Я хотел проверить себя, как долго я могу заниматься этим скучным делом". Следовательно, у здоровых испытуемых образуется новый мотив для выполнения действий; мотив к действию начинает соотноситься с дополнительными мотивами. Побуждение к действию вытекает из более отдаленных мотивов.

Этот методический прием был очень продуктивным для выявления личностных особенностей больных эпилепсией. Оказалось, что они не только длительное время выдерживают монотонное задание, но и мало варьируют. Мы имели возможность наблюдать больного, который выполнял монотонное задание, чертил черточки в течение 1 ч 20 мин, не обнаруживая тенденции к вариации.

Показательной оказалась также реакция больных эпилепсией на вторую инструкцию. Если у здоровых людей, взрослых и детей, вторая инструкция придавала новый смысл всей экспериментальной ситуации, то у больных эпилепсией так же, как и у детей-олигофренов, такого переосмысления не наступало. Таким образом, приведенные данные показали, что исследования процесса пресыщения являются удачным методическим приемом для исследования динамики и изменения процесса смыслообразования. Интересные результаты были получены с помощью данной методики у больных с нарушением работоспособности. В экспериментах с больными с травмами головного мозга мы могли отметить, что пресыщение наступает у них гораздо быстрее. В то время как у здоровых людей вариации наступают в среднем спустя 10 мин, у травматиков вариации появляются спустя 2—3 мин, характер вариаций грубее. Эксперимент обнаруживает быструю истощаемость мотива деятельности у подобных испытуемых.

Остановимся в качестве примера на вышеописанных опытах А. Карстен (на пресыщение). В этом эксперименте важно было не только и даже не столько (хотя это учитывалось) количество вариаций, учет времени их появления, сколько необходимо было выявить механизмы их появления, уловить те факторы, при которых наступало или не наступало пресыщение.

Так, например, пресыщение не наступало тогда, когда испытуемый ставил свою "собственную", отличную от поставленной экспериментатором цель — утомить экспериментатора. Иными словами, испытуемый пытался поставить экспериментатора в позицию испытуемого. И тогда возникала новая ситуация — экспериментатор как бы принимал "вызов" испытуемого (показывал, что он явно устал, зевал, потирал глаза), и тогда у испытуемого пресыщение не наступало, так как он действовал согласно своей цели. Но экспериментатор мог занять и другую позицию — не принимал "вызова" испытуемого, а наоборот, усиленно наблюдал за ним, записывал что-то в протокол, не освобождая его от позиции испытуемого. В таких случаях проявлялись признаки истощения, выступали вариации.

Р.А. Лурия говорил о значении изучения "внутренней картины болезни" при соматических заболеваниях. Несомненно, что ее роль возрастает при психических заболеваниях. С полным правом В.В. Костикова указывает, что сравнение субъективного и объективного

анамнеза в истории болезни помогает установить, есть ли у больного сознание болезни, насколько адекватно он оценивает тяжесть своего состояния, какие переживания связаны у него с болезнью. Не менее показательным является сопоставление жалоб больных с результатами экспериментально-психологического исследования. Ситуация экспериментального исследования является для больного личностно-значимой ситуацией. И поэтому отношение больного к ней, эмоциональная реакция на факт "исследования способностей" являются характеристикой личности больного.

В.В. Костикова выделила три группы жалоб больных.

1. Жалобы на снижение умственной работоспособности. Они включали высказывания больных об изменениях памяти и сообразительности, вызывающих затруднения в профессиональной деятельности.

2. Жалобы на измененное отношение к окружающему. К этой группе относились высказывания больных о характерологической и эмоциональной измененности, появившейся в ходе болезни.

3. Жалобы на соматические недомогания. В эту группу включены жалобы больных на головную боль, бессонницу и телесные недомогания.

Рассмотрение жалоб больных разных нозологий выявляет некоторые особенности, общие для внутренней картины болезни всех исследованных больных. Как правило, по содержанию они мало соответствуют истинной картине заболевания. Скудость или гипертрофированность внутренней картины болезни, неадекватные, а порой мелкие, но поднятые на неоправданную высоту жалобы — все это в равной степени говорит лишь о грубо искаженном отражении в сознании больного картины заболевания. Вместе с тем В.В. Костикова отмечает некоторую нозологическую специфику внутренней картины болезни. Различна и самооценка больных в целом. Так, больные шизофренией склонны недооценивать нарушения, вызванные болезнью. Их самооценка достаточно высока.

Больные эпилепсией обнаруживают при сравнительно правильной оценке тяжести пароксизмальных состояний склонность к недооценке психических нарушений.

Больные инволюционными психозами обнаруживают явную переоценку тяжести болезненного состояния. Однако в основном это касается соматического состояния больных.

Жалобы больных органическими заболеваниями центральной нервной системы полиморфны, но адекватны по содержанию.

Таким образом, рассмотрение жалоб больных позволяет сделать некоторые выводы об особенностях их самооценки. Особенно показательным оказалось сравнение жалоб больных с данными экспериментально-психологического исследования. Оно позволило судить

о степени сохранности их личности, проявляющейся прежде всего в способности сохранять адекватное целенаправленное поведение. Одним из основных показателей такого поведения является позиция больных во время исследования, которая может быть адекватной установкам личности или неадекватной, устойчивой или лабильной. Она отражает в известной степени и позицию больных в реальной жизни. Изучение внутренней картины болезни является одним из адекватных методов исследования личности больных.

Нарушение структуры иерархии мотивов. На современном этапе исследований мы не можем предложить какую-нибудь жесткую устоявшуюся классификацию личностных нарушений. Поэтому мы остановимся на тех личностных изменениях, анализ которых можно провести в наиболее разработанных в советской психологии теоретических понятиях, к которым следует отнести понятие деятельностного, системного подхода. Анализ деятельности, как об этом неоднократно писал А.Н. Леонтьев, должен производиться через анализ изменения мотивов.

Изменение мотивов мы часто наблюдаем у людей, страдающих разными формами психических заболеваний. Психологический анализ этих мотивационных изменений и является, на наш взгляд, адекватным способом исследования личности больного человека. Кроме того, и это особенно значимо, патологический материал дает в некоторых случаях возможность не только проанализировать изменения мотивов и потребностей, но и проследить процесс формирования и коррекции этих изменений.

Такое прослеживание требует уточнения тех основных характеристик мотивов, на которые психологический анализ может опираться. К таким характеристикам относится их опосредованный характер и иерархичность их построения.

А.Н. Леонтьев указывает на тесную связь мотивов и потребностей. Подчеркнув, что анализ потребностей может быть проведен через раскрытие их предметного содержания, он указывает, что "это преобразует психологическую проблему потребностей в проблему мотивов деятельности". А это означает признание сложного отношения мотивов с разными потребностями, признание их иерархического построения.

Наличие ведущих мотивов не устраняет необходимости мотивов дополнительных, непосредственно стимулирующих поведение, однако без ведущих мотивов содержание деятельности лишается личностного смысла. Именно этот ведущий мотив обеспечивает возможность опосредования и иерархии мотивов. Иерархия мотивов является относительно устойчивой и этим обусловливает относительную устойчивость всей личности, ее интересов, позиций,

ценностей. Патологический материал позволяет проследить закономерности изменения мотивационной сферы человека, которые приводят к смене позиций, интересов, ценностей личности. Как нам кажется, наиболее отчетливо эти закономерности можно обнаружить у больных психическими заболеваниями, при которых процесс нарушения мотивов, установок и ценностей происходит достаточно развернуто, позволяя проследить его отдельные этапы. Одной из адекватных моделей для анализа оказались нарушения личности, выступающие при хроническом алкоголизме.

В качестве методического приема в этой работе был применен предложенный нами в 1965 г. метод психологического анализа историй болезни в их сопоставлении с данными экспериментально-психологических исследований. При таком подходе имеют место две группы фактов: одна из них касается нарушения иерархии мотивов, другая — способа формирования новой потребности (патологической).

Прежде чем провести анализ этих фактов, приведем в качестве иллюстрации данные истории болезни одного больного, предоставленные Б.С. Братусем.

Больной Г., 1924 г. рождения, диагноз: хронический алкоголизм с деградацией личности (доктор Г.М. Энтин).

В детстве рос и развивался нормально. Был сообразительным ребенком, любил читать. В школе — с 8 лет, учился отлично. По характеру — общительный, жизнерадостный. Учась в школе, одновременно занимался в студии самодеятельности при Доме пионеров. Выступал в клубах, на школьных вечерах. С 1943 г. служил в армии. Серьезных ранений и контузий не имел. После войны Г. становится актером гастрольного драматического театра. Исполняя заглавные роли, пользовался успехом у зрителей. Потом перешел в областную филармонию на должность актера-чтеца. Больной имел много друзей, был "душой компании". Женат с 1948 г., детей нет.

Алкоголь употребляет с 1945 г. Сначала пил редко, по праздникам, в компании. С 1951 г. стал пить чаще. Изменяется характер: Г. делается раздражительным, придирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничным, грубым. В 1952 г. от больного уходит жена из-за злоупотребления им алкоголем. Вскоре он женился вторично.

Меняется отношение к работе. Если раньше, по словам Г., каждый концерт "был праздником", то теперь является на концерт в нетрезвом состоянии. Получил за это строгий выговор с предупреждением.

Изменился и характер выпивки: больной отошел от прежних друзей, в большинстве случаев пьет один. Пропивает всю зарплату, не дает денег семье, наоборот, берет у жены деньги "на опохмеление". Летом 1952 г. пропил свою шубу.

В 1953 г. по совету жены обратился к психиатру с просьбой полечить его от алкоголя. Но, не дождавшись начала лечения, запил. По настоянию жены вторично обратился к психиатру и был направлен в больницу им. П.Б. Ганнушкина. На приеме больной откровенно рассказы-

вает о себе, просит помочь. Подавлен обстановкой в отделении, настаивает на скорой выписке, обещает бросить пить.

После выхода из больницы Г. увольняется из областной филармонии, получает направление на работу в другую. Но туда больной не поехал — запил. Дома устраивал скандалы, требовал денег на водку. Пропил платья жены и ее матери. Для прерывания запоя стационировался повторно в больницу им. П.Б. Ганнушкина. На этот раз у Г. нет полной критики к своему состоянию — обвиняет в своем пьянстве жену, обстоятельства.

После выписки Г. сменил профессию — стал шофером. Вскоре начал употреблять алкоголь. В 1954 г. от Г. уходит вторая жена — он остался один. В состоянии опьянения появились устрашающие галлюцинации, испытывал страхи. С этой симптоматикой был вновь направлен в 1955 г. в психиатрическую больницу им. П.Б. Ганнушкина. В отделении ничем не занят. Круг интересов сужен, не читает газет, не слушает радио. Понимает вред алкоголизма, но находит "объективные" причины каждому запою.

После выхода из больницы Г. опять запил. Поступления в больницу учащаются. Всего за период с 1953 по 1963 г. поступал в больницу 39 раз, каждые 2—3 месяца.

С трудом устраивается на работу грузчиком, откуда его увольняют за пьянство. Живет один, комната в антисанитарном состоянии, на кровати нет даже постельного белья. Больного никто не посещает, друзей нет. Во время запоя пропивает с себя вещи. В 1958 г. пропил одежду, которую на свои деньги купил для него районный психиатр. В состоянии опьянения циничен, агрессивен, устраивает скандалы на улице.

Пребыванием в больнице не тяготится. Требует к себе уважения, самооценка завышена: считает, что имеет актерский талант, что он незаурядный человек. Груб с персоналом больницы, с лечащим врачом держится без чувства дистанции. В отделении ничем не интересуется, общается избирательно, предпочитая группу больных — алкоголиков и психопатов. При последнем поступлении в 1963 г. разлагающе влияет на других больных, убеждает их сразу же после выписки начать пить водку, настраивает против персонала.

Приведенные данные показывают, как происходило изменение личностной сферы больного. До болезни — это активный человек художественного склада, живой, общительный. Еще в школе он занимался художественной самодеятельностью, а после войны становится актером, пользуется успехом у зрителей, имеет много друзей.

В результате пьянства меркнут эти интересы. Работа актера перестает "быть праздником", становится лишь обязанностью, больной отходит от друзей, семьи. Изменяются и характерологические черты больного: делается раздражительным, придирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничным, грубым.

Перестает следить за собой. Если раньше любил хорошо одеваться, быть в компании друзей, то теперь неряшлив, пьет один. Меняется и объективная жизненная позиция больного. В прошлом актер, теперь Г. с трудом устраивается на работу грузчиком, всякий раз его увольняют за пьянство. Иным становится моральный облик больного. Чтобы добыть деньги на водку, он крадет платья жены, пропивает одежду.

За годы болезни изменяется и поведение Г. в больнице. Если при первых поступлениях он удручен своим состоянием, критичен к себе, просит

помочь, то в дальнейшем критика становится частичной, наконец, полностью исчезает. Больной не тяготится частым пребыванием в психиатрической больнице, в отделении ничем не интересуется, груб с персоналом, самодоволен, отговаривает других больных от лечения.

Из данных истории болезни мы видим снижение личности до полной ее деградации. Б.С. Братусь правильно указывает, что это снижение идет в первую очередь по линии изменений в сфере потребностей и мотивов, разрушения преморбидных установок, сужения круга интересов. Экспериментально-психологическое исследование не обнаруживает грубых изменений познавательных процессов: больной справляется с заданиями, требующими обобщения, опосредования (классификации объектов, метод исключений, пиктограмма). Однако вместе с тем при выполнении экспериментальных заданий, требующих длительной концентрации внимания, умственных усилий, быстрой ориентации в новом материале, отмечается недостаточная целенаправленность суждений больного, некритичность: больной не всегда замечает допущенные им ошибки, а главное, не реагирует на исправления и замечания экспериментатора, легковесно их отмечает и не руководствуется ими в дальнейшей работе.

В опыте на выявление "уровня притязаний" обнаруживается завышенная самооценка; вместе с тем кривая выбора заданий по сложности носит лабильный характер: переживание успеха и неуспеха у больного не выступает.

Анализ историй болезни может оказаться пригодным для выделения двух вопросов: а) о формировании патологически измененной потребности, б) о нарушении иерархии мотивов.

Начнем с первого вопроса. Понятно, что принятие алкоголя не входит в число естественных потребностей человека и само по себе не имеет побудительной силы. Поэтому вначале его употребление вызывается другими мотивами (отметить день рождения, свадьбу). На первых стадиях употребление алкоголя вызывает повышенное настроение, активность, состояние опьянения привлекает многих и как средство облегчения контактов. Со временем может появиться стремление вновь и вновь испытать это приятное состояние: оно может начать опредмечиваться в алкоголе, и человека начинают привлекать уже не сами по себе события (торжество, встреча друзей и т.п.), а возможность употребления алкоголя, он начинает побуждать самостоятельную деятельность, и тогда уже сами события становятся поводом. Происходит тот процесс, который А.Н. Леонтьев назвал "сдвиг мотива на цель", формируется новый мотив, который побуждает к новой деятельности, а следовательно, и новая потребность (в алкоголе). Сдвиг мотива на цель ведет за собой осознание этого мотива, так как по отношению к деятельности мотив играет смыслообразующую роль. Принятие алкоголя приобре-

тает определенный личностный смысл. Таким образом, механизм зарождения патологической потребности — общий с механизмом ее образования в норме. Однако болезнь создает иные, чем в нормальном развитии, условия для дальнейшего ее формирования.

Небезразличным является, очевидно, для всей дальнейшей деятельности человека содержание этой вновь зарождающейся потребности. В данном случае оно (т.е. это содержание) противоречит общественным нормам.

Задачи и требования общества, связанные в единую систему и воплощенные в некоторый нравственный эталон, перестают выступать для таких больных в качестве побудителя и организатора поведения. А так как в зависимости от того, чтó побуждает человека, строятся его интересы, переживания и стремления, изменения в содержании потребностей означают собой и изменения строения личности человека.

У больных меняется не только содержание потребностей и мотивов, меняется их структура: они становятся все менее опосредованными.

Только в том случае, когда потребность становится опосредованной (сознательно поставленной целью), возможно сознательное управление ею со стороны человека. У больных отсутствует, как мы говорили выше, возможность опосредования сознательной целью, поэтому их потребности неуправляемы — они приобретают строение влечений.

Мы видим из историй болезни, как под влиянием алкоголизма у больных разрушается прежняя иерархия мотивов. Иногда у больных проявляется желание работать, стремление к общению с прежними друзьями, больной совершает какие-то действия, руководствуясь прежней иерархией мотивов, но все эти побуждения не носят стойкого характера. Главенствующим мотивом, направляющим деятельность больного, становится удовлетворение потребности в алкоголе. Перестройка иерархии мотивов больных особенно ярко проявляется в способе удовлетворения потребности в алкоголе и способе нахождения средств для ее удовлетворения.

Начинает выделяться ряд вспомогательных действий. На выполнение этих действий уходит со временем вся сознательная активность больного. В них отражается новое отношение к окружающему миру; это ведет к новым оценкам ситуаций, людей. С полным правом Б.С. Братусь подчеркивает, что со временем все проблемы начинают разрешаться через алкоголь, с его помощью, и алкоголь становится смыслообразующим мотивом поведения.

По мере того как в ходе болезни алкоголь становится смыслом жизни, прежние установки, интересы отходят на задний план. Работа перестает интересовать больных — она нужна только как источник денег. Семья из объекта забот становится тормозом на пути удовлетворения пагубной страсти. Здесь мы имеем дело с цен-

тральным пунктом личностной деградации, а именно с постепенным нарушением прежней, до болезни сложившейся иерархии потребностей мотивов и ценностей и формированием взамен ее новой иерархии. Оттесняются и разрушаются высшие потребности и установки личности. Как отражение этого процесса сужается круг интересов. Больные становятся инактивными, теряют свои прежние социальные связи с миром, ибо измененная алкоголем личность становится неадекватной этим связям. Поэтому и профессиональная линия больных снижается, и это изменение обусловлено в первую очередь не интеллектуальной деградацией, а изменением мотивов личности.

Изменение иерархии и опосредованности мотивов означает утерю сложной организации деятельности человека. Деятельность теряет специфически человеческую характеристику: из опосредованной она становится импульсивной. Исчезают дальние мотивы, потребность в алкоголизме переходит во влечение, которое становится доминирующим в жизни больного.

Изменения мотивационной сферы больных были обнаружены и в экспериментально-психологическом исследовании. Совместно с Б.С. Братусем мы провели сравнительное экспериментально-психологическое исследование больных с алкогольной энцефалопатией (II—III стадии алкоголизма, по А.А. Портнову) и больных с травматической энцефалопатией (больные, перенесшие тяжелую черепно-мозговую травму с массивными субарахноидальными кровоизлияниями, внутричерепными гематомами, очагами ушибов различной, преимущественно конвекситальной локализации). Характер нарушений познавательной деятельности обеих групп был схож. В ряде методик — счет по Крепелину, отыскивании чисел, корректурной пробе — можно было проследить общую для обеих групп больных динамику колебаний внимания, истощаемости психических процессов. В классификации предметов, исключении предметов, простых аналогиях и других методиках обнаруживалась недостаточность понимания абстрактных связей и отношений между предметами.

Однако при сходстве изменений познавательной деятельности уже в самом процессе экспериментального исследования выступили различия в поведении обеих групп больных. Больные с травматической энцефалопатией, как правило, интересовались оценкой своей работы, реагировали на замечания экспериментатора. Хотя больные стали после травмы более раздражительными, нередко вспыльчивыми, грубых нарушений структуры личности выявить не удалось. У них обнаружилась адекватная самооценка; под влиянием успешного или неуспешного решения задач у больных вырабатывался уровень притязаний.

Больные хроническим алкоголизмом, наоборот, в большинстве случаев были равнодушны к исследованию, не стремились испра-

вить своих ошибок. Порой ошибочные решения проистекали не из-за собственно интеллектуального снижения, а из-за отсутствия отношения к исследованию. Нередко поведение больных хроническим алкоголизмом напоминало поведение больных с поражениями лобных долей мозга, как оно описано в работах Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия, С.Я. Рубинштейн. Однако некритичность больных хроническим алкоголизмом имеет иную структуру, чем при лобных синдромах. Она более избирательна, сочетается с агрессией по отношению к тому, что мешает удовлетворению их патологической ведущей потребности. Некритичность "лобных" больных сочетается с беззаботностью, аспонтанностью. Глубокие изменения личности больных хроническим алкоголизмом проявились и в специальных исследованиях. Они обнаруживали повышенную самооценку, некритично переоценивали свои возможности, оспаривали оценку экспериментатора.

Таким образом, проведенный анализ изменений опосредованности и иерархии мотивов показывает, что они не выводятся непосредственно из нарушений мозга, а проходят длинный и сложный путь формирования, при котором действуют механизмы, во многом общие с механизмами нормального развития мотивов.

Подобный факт изменения личности чрезвычайно важен: он показывает правильность теоретических положений советской психологии, а именно, во-первых, социальные потребности формируются *прижизненно*, что для их формирования нужны определенные условия и, во-вторых (и это очень важно), что снятие содержания и социально приемлемых способов их удовлетворения приводит к превращению строения социального мотива в структуру влечения, лишенного характера опосредованности и регуляции.

Формирование патологических потребностей и мотивов. Описанный выше феномен превращения социальной потребности в патологическое влечение можно проиллюстрировать и при анализе группы больных нервной анорексией, у которых резко выражено нарушение физического "образа-Я".

Различные стрессовые ситуации (тяжелая болезнь, смена образа жизни) могут изменить самосознание человека.

Изменение самосознания является результатом нарушения рефлексии, которая может привести к изменению мотивов, менять их смыслообразующую функцию, нарушать эмоциональную реактивность. Искаженное отражение сознания собственной личности может привести к специфическим расстройствам, принять характер изменения физического "образа-Я". Нарушение физического "образа-Я" описано в психиатрической литературе не только в виде синдрома дисморфофобии, деперсонализации, но и нервной анорексии.

Речь идет о девушках, которые произвольно и длительно голодают с целью исправления своей внешности. У большинства больных заболевание началось в подростковом возрасте. Все девочки отличались некоторой полнотой (но не ожирением). В школе сверстники шутили над ними, дразнили, называли "толстушками", "пончиками" и т.д.

Кроме того, эти девочки находились в окружении взрослых, которые всячески подчеркивали, "как важно для женщины обладать красивой фигурой". В результате у этой группы девочек сложился некий "идеал красивой женщины". Так, одна хотела быть похожей на Наташу Ростову, другая мечтала о "фигуре кинозвезды". Девочки начинали беспокоиться о своей внешности и изыскивать средства для ее исправления.

У наших больных такие аффективные переживания возникали вследствие несоответствия "идеала красоты" и собственной внешности.

Вначале способы коррекции своей внешности носили адекватный характер (девочки исключали из своего пищевого рациона определенные продукты). Окружающие стали отмечать, что девочки стали "изящнее". В дальнейшем они стали прибегать к более изнурительной диете.

Следует отметить в биографии девочек еще одно важное обстоятельство. Почти все девочки хорошо учились, занимали позицию "хороших учениц", и это обстоятельство способствовало их самоутверждению. В старших классах девочкам стало труднее учиться. В большей мере этому содействовала астения, возникшая как следствие изнуряющей диеты. Родители, близкие стали контролировать пищевой рацион девочек, мешали, естественно, всячески голоданию. Девочки вступают в конфликт с семьей, скрывают, что они сознательно голодают, объясняют это отсутствием аппетита.

Так как избранная диета не всегда помогала, девушки начинают прибегать к другим способам: едят один раз в день, если же не могут устоять против чувства голода, вызывают искусственную рвоту, принимают большие дозы слабительного, занимаются по многу часов гимнастикой, тяжелым физическим трудом. Такие болезненные симптомы, как амонеррея, выпадение волос, их радуют, так как они являются доказательством, "что они не поправляются".

Для иллюстрации приводим краткую выписку из истории болезни больной Лены Т., 1957 г. рождения (история болезни представлена М.А. Каревой), поступила в больницу им. З.П. Соловьева 27/III 1974 г., выписана — 30/IV 1974 г. Учится в 10 классе. Наследственность не отягощена. В дошкольном возрасте перенесла детские инфекции. Была способной, общительной девочкой, читать начала с пяти лет. В школе до 5 класса была отличницей. Много времени отдавала учебе. Занималась общественной работой. Настроение было всегда радостным. В подростковом возрасте стала интересоваться своей внешностью, огорчалась, что она полная. С восхи-

щением рассказывала об одной из своих учительниц, "стройной женщине", которая указывала девочкам, что надо следить за собой, быть всегда подтянутой, подчеркивала значимость внешнего вида для женщины. Лена стремилась подражать во всем этой учительнице, стать на нее "похожей".

Весной 1973 г. после просмотра французского фильма, в котором играла "красивая актриса с тонкой фигурой", многие одноклассницы Лены стали себя ограничивать в еде, чтобы стать "такими же изящными, как киноактриса". Больная тоже включилась в эту деятельность похудания, стала себя резко ограничивать в еде (весила 54 кг при росте 161 см). Стала исключать из рациона хлеб, сладкое, уменьшила общее количество пищи, стала после еды делать упражнения "для живота". Похудела на 6 кг, чем вызвана беспокойство родителей. Осенью пошла в школу. Учебе уделяла все свободное время. Одноклассники заметили, что девочка похудела. Восхищались ее силой воли. Никто из них не смог долго ограничивать себя в еде. Девочки подходили к Лене, советовались, спрашивали о диете, ей это очень нравилось.

С этого времени (август—сентябрь 1973 г.) стала еще больше ограничивать себя в еде, совсем не употребляла хлеба. За столом была очень напряжена. Когда ее уговаривали есть, делала вид, что ест, при этом выбрасывала и прятала продукты.

С ноября похудела на 10 кг (вес 38 кг), прекратились менструации, появилась апатия, раздражительность. Жаловалась, что стало трудно понимать объяснения учителя, утомлялась на занятиях. Одноклассники удивлялись, как она в таком состоянии может учиться. Тем не менее продолжала ограничивать себя в еде. Гордилась своей "силой воли": "Доктор, вы представить себе не можете, что это такое, когда бабушка приносит свежую булочку, посыпанную сахарной пудрой, и умоляет ее съесть, а я не ем!" Начались конфликты с родителями по поводу еды, в ответ на просьбы близких поесть могла резко ответить, нагрубить. Слезы матери, уговоры не помогали. Тщательно скрывая причину, уверяла, что нет аппетита. Гораздо позднее в больнице призналась, что есть хотелось всегда, что "аппетит был очень сильный, но не ела, так как боялась, что не выдержит и съест много и опять станет полнеть".

В это время появился интерес к приготовлению пищи. Стала выбирать посуду, завела для себя специальные тарелочки, вилочки, ножи, ложки, любила ходить за продуктами на рынок.

С января 1974 г. началось лечение у психиатра, сначала амбулаторно, а затем в больнице. Вес при поступлении был 35 кг. Уверяла врача, что она не только здорова, но и вполне счастлива: "Я добилась всего, что хотела!" При попытках персонала накормить больная грубила, делала вид, что ест, но выбрасывала пищу, вызывала рвоту после еды.

Была переведена в больницу им. З.П. Соловьева. Физическое состояние: рост 161 см, вес 38,5 кг, подкожно-жировой слой почти отсутствует, кожные покровы бледные. Внутренние органы без патологии. Неврологическое состояние: тремор пальцев рук, сухожильные рефлексы оживлены. Психическое состояние: при поступлении жаловалась на слабость, апатию, повышенную утомляемость, раздражительность. Была возмущена тем, что

переведена в больницу им. З.П. Соловьева, настаивала на выписке. О своем состоянии говорила неохотно, уверяла, что почти выздоровела. В доказательство приводила прибавку в весе на 3 кг.

После длительного медикаментозного лечения стала лучше есть. Выписана при весе 50 кг.

Через две недели после выписки поправилась до 56,5 кг. Начал тревожить "избыток веса", стала опять ограничивать себя в еде, боялась "стать жирной".

С больной было проведено экспериментально-псхологическое исследование. К факту обследования отнеслась спокойно. Старается как можно лучше узнать инструкции, помощь экспериментатора принимает, хорошо использует. Ошибки исправляет сама или с направляющей помощью, оправдывается при этом. Задания старается выполнить как можно лучше.

Нарушений познавательной сферы не выявлено, память, мышление соответствуют возрастному и образовательному уровням. Отмечается утомляемость и затрудненность переключения внимания.

Самооценка больной отражает ее состояние. Здоровье свое она оценивает так: "Когда весила 35 кг, была больная, не могла от своего отказаться, сейчас я — среди весьма здоровых". Свой характер считает хорошим, гордится им: "Я усидчивая, хорошо схожусь с людьми". При исследовании методом ТАТ тема еды, похудания отсутствует, отмечается тема конфликта в семье и в любви.

Приведенная иллюстрация показывает, что мотив к похуданию не носил первоначально патологического характера. Голодание было вначале лишь действием для осуществления некоей духовной ценностной ориентации "быть красивой", "обладать красивой фигурой". Однако в дальнейшем эти действия по похуданию вступают в противоречие с органической природной потребностью в пище. При этом антивитальные действия не только не прекращаются, но сами преобразуются в мотив (сдвиг мотива на цель действия). Более того, этот мотив становится доминирующим, смыслообразующим в иерархии мотивов. Учеба, которой девочка отдавала вначале много сил, отходит на задний план, уступая свое место деятельности по похуданию.

Приведенные факты чрезвычайно важны, ибо они могут служить известным подтверждением положения А.Н. Леонтьева о том, что человеческие потребности (а следовательно, и мотивы) проходят иной путь формирования, чем потребности животных. Это путь "отвязывания" человеческих потребностей от органических состояний организма.

Нарушение смыслообразования. Слияние обеих функций мотива — побуждающей и смыслообразующей — придает деятельности человека характер сознательно регулируемой деятельности. Ослабление и искажение этих функций — смыслообразующей и побудительной — приводят к нарушениям деятельности.

Это выражается в одних случаях в том, что смыслообразующая функция мотива ослабляется, мотив превращается в только знае-

мый. Так, больной знает, что к близким надо хорошо относиться, но при этом он оскорбляет и избивает свою мать.

В других случаях выступало сужение круга смысловых образований. Это выражалось в том, что мотив, сохраняя до известной степени побудительную силу, придавал смысл относительно меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что ранее имело для больного личностный смысл (например, учеба, работа, дружба, отношение к родителям и т.п.), постепенно теряется. В результате теряется и побудительная сила мотива.

Для исследования механизмов измененного смыслообразования больных шизофренией М.М. Коченовым было проведено специальное экспериментально-психологическое исследование, которое заключалось в следующем: испытуемый должен выполнить по собственному выбору три задания из девяти предложенных экспериментатором, затратив на это не более 7 минут. Предлагалось нарисовать сто крестиков, выполнить двенадцать строчек корректурной пробы (по Бурдону), восемь строчек счета (по Крепелину), сложить один из орнаментов методики Кооса, построить "колодец" из спичек, сделать "цепочку" из канцелярских скрепок, решить три различные головоломки. Таким образом, испытуемый оказался перед необходимостью самостоятельно выбирать именно те действия, которые наиболее целесообразны для достижения основной цели. Для этого в сознании испытуемого должна сложиться смысловая иерархия действий, способствующих достижению цели.

В результате апробации методики на здоровых испытуемых М.М. Коченов установил, что для достижения заданной цели необходима активная ориентировка в заданиях (иногда методом проб). Активность поисков наиболее целесообразных действий, наиболее "выигрышных" заданий отражает процесс переосмысления, происходящий в сознании испытуемого.

Этот ориентировочный этап был четко выражен у здоровых испытуемых. Помимо того что каждый испытуемый выбрал не менее трех заданий (когда он не укладывался в отведенное время, ему прибавляли еще несколько минут, давая возможность сделать третью пробу), он выполнял еще несколько ориентировочных проб.

Все испытуемые заявили, что при выборе заданий они руководствовались оценкой степени их сложности, стараясь выбрать те, выполнение которых займет меньше времени. Все испытуемые отмечали, что стремились уложиться в отведенные 7 минут.

Таким образом, в результате апробации было установлено, что у здоровых испытуемых в ситуации эксперимента происходит структурирование отдельных действий в целенаправленное поведение.

Иным было поведение больных шизофренией (вялотекущая, прогредиентная форма). Ориентировочный этап у них отсутствовал.

Они не выбирали "выигрышных" заданий, часто брались за явно невыполнимые в 7 минут. Иногда больные проявляли интерес не к исследованию в целом, а к отдельным заданиям, которые они выполняли очень тщательно, не считаясь, что время истекло. Количество дополнительных проб у больных было сведено до минимума. Распределение частоты выбора отдельных заданий показывает, что отношение к ним менее дифференцировано, чем у здоровых испытуемых.

Следует отметить, что все больные знали, что им надо уложиться в 7 минут, но это знание не служило регулятором их поведения. Они часто даже спонтанно высказывались: "Я должен в 7 минут уложиться", но не меняли способов своей работы. Таким образом, исследования М.М. Коченова показали, что нарушение деятельности данной группы больных определялось изменением мотивационной сферы. Самое главное в структуре изменения мотивационной сферы было то, что больные знали, что им надо делать, они могли привести доказательства, как надо поступать в том или ином случае, но, становясь просто "знаемым", мотив потерял как свою смыслообразующую, так и побудительную функцию. Это и служит причиной многих странных, неадекватных поступков, суждений, дающих возможность говорить о парадоксальности шизофренической психики, о нарушении селективности деятельности больных.

Таким образом, смещение смыслообразующей функции мотивов, отщепление действенной функции от "знаемой" нарушало деятельность больных и было причиной деградации их поведения и личности.

С полным правом автор отмечает, что редукция мотивов приводит к оскудению деятельности больных. Оскудение деятельности оказывает и "обратное" влияние: не формируются новые мотивы.

Анализ данных историй болезни также выявил ослабление побудительной функции мотивов и превращение их в знаемые. Эти изменения не носят однослойного характера. М.М. Коченову удалось выявить подобные смысловые нарушения.

1. Парадоксальная стабилизация какого-нибудь круга смысловых образований. Например, больной Н. отказался получить зарплату, так как "пренебрегал земными благами"; больной М. годами не работал и жил на иждивении старой матери, к которой при этом "хорошо относился". Этот механизм наглядно обнаружился при общем и контрольном экспериментально-псхологическом исследовании больных, когда больной оставался "нейтральным" по отношению к исследованию.

2. Сужение круга смысловых образований выражается в том, что мотив, сохраняя до известной степени побудительную силу, придает смысл относительно меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что ранее имело для больного личностный смысл (например, учеба, работа, дружба, отношение к родителям и т.п.), постепенно теряет его.

Нарушение саморегуляции и опосредования. Проявления развития и созревания личности многообразны. Одним из важнейших индикаторов уровня развития личности является возможность опосредования, самостоятельного регулирования своего поведения.

Опосредствуя свое поведение, человек получает возможность вырабатывать новые способы действования, активности, новые мотивы. Поведение человека становится более произвольным и осознанным.

Об этом же свидетельствует материал патологии. Так, данные патопсихологических исследований больных с органическими заболеваниями мозга (эпилептическая болезнь, травмы мозга, нейроинфекции) показали, что невозможность оперировать знаком являлась у них выражением более широкой патологии поведения — нарушения опосредования, нарушения регуляции своих действий. Неумение увязать подлежащее запоминанию слово с каким-нибудь знаком особенно отчетливо выступало при исследовании памяти у тех больных, в психическом состоянии которых отмечалась аспонтанность, инактивность или расторможенность. При инструкции "вспомнить по картинке слово" задача воспроизведения не выступала для этих больных как таковая — больные начинали говорить по поводу картинки. Этот экспериментальный факт нельзя объяснить трудностью задания. Будучи поставленными инструкцией в жесткие рамки (экспериментатор настаивал: "Будьте внимательны, подумайте, когда выбираете"), больные могли справиться с заданием.

Недостаточность регуляции, замещение целевого действия случайным или стереотипным становились факторами, которые мешали опосредованию. Иными словами, нарушение опосредования было у этих больных проявлением более глубокого нарушения — измененного отношения к окружающему и к себе, проявлением распада их мотивационной сферы. Не случайно этот феномен особенно резко выступает у больных с поражением лобных долей мозга, у которых нарушение активности (аспонтанность) поведения является ведущим радикалом в нарушении психики.

Опосредование не является жестким личностным механизмом. Процессы опосредования гибки, а зачастую и неустойчивы. В качестве иллюстрации неустойчивости приведем случай из практики трудовой экспертизы. Решался вопрос о пригодности больного к выполняемой им прежде работе. Сам больной хотел получить группу инвалидности и всячески старался доказать, что он не в состоянии выполнять прежнюю работу. В ситуации психологического эксперимента он вел себя соответственно: не выполнял заданий, требующих составления программы действий; из 10 слов воспроизводил после многократного предъявления 3—4. При этом он неизменно использовал свои неудачи как доказательства собственной несостоятельности: "Видите, не могу ничего запомнить, осмыслить;

только голова в результате разболелась". Все его поведение было опосредовано устремленностью на получение инвалидности. Но вот больной заинтересовался решением головоломок — сразу же начинает выбирать самые трудные задачи, требующие составления плана действий, логичности суждений, демонстрируя высокие интеллектуальные способности и не заботясь (как ранее) об их дескридитации. Неустойчивость опосредования вызвала у больного ситуативную активность и эмоциональное состояние, которые нарушили первоначальную схему регуляции поведения.

Проблема опосредования с необходимостью встает при анализе вопроса о компенсации чувства неполноценности, о так называемых мерах защиты. Обычно принято связывать проблему защиты с неосознаваемыми видами деятельности, с бессознательным уровнем сознания. И действительно, материал патологии показывает, что многие симптомы при неврозах, тяжелых соматических заболеваниях представляют собой неосознаваемые больным меры защиты. Неосознаваемая защита может отмечаться и у здорового человека в ситуации фрустрации. Такие симптомы, как негативизм, аутизм, являются часто средствами прикрытия нарушенной деятельности общения. Всякий педагог знает, что нередко "дерзость", "невоспитанность" подростка являются лишь неудачной компенсацией неуверенности, "незащищенности" против жестких мер воспитания; при этом сам подросток может и не осознавать этого.

Однако следует подчеркнуть, что, проявляясь на неосознаваемом уровне, меры защиты нередко приводят к деформации реальных поступков человека, к нарушению гармоничных связей между целями поведения и порождаемой поведением ситуацией. Поэтому не случайно содержание психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий состоит обычно в том, чтобы помочь пациенту осознать истинный смысл своих действий, увидеть себя со стороны. Только при осознании истинного "лика" своих действий и переживаний становится возможной адекватная регуляция своего поведения.

Такое осознание может произойти и без вмешательства других людей, спонтанно. Бывает и так, что "меры защиты" и компенсаторные действия осуществляются сознательно. Смысловые образования меняют в подобных случаях содержание и характер мотивов, придают поступкам и действиям человека произвольный характер. Сознательно поставленная цель и контроль за своими действиями на пути к достижению цели становятся основными звеньями опосредованного поведения.

В ситуациях, фрустрирующих поведение человека, затрудняющих достижение поставленных целей или угрожающих его личностным установкам, человек нередко сознательно прибегает к "мерам защиты". К сознательным компенсаторным действиям прибега-

7 — 3155

ют, например, больные с тяжелыми соматическими заболеваниями, когда они узнают о грозящей им беде. Они нередко сознательно отодвигают осознание болезни и усиленно предаются привычной деятельности.

Сознательное принятие мер защиты в травмирующих ситуациях является частным случаем сознательного опосредования жизнедеятельности, отмечается и у здоровых людей. К сожалению, такие случаи редко становятся объектом изучения в научной психологии.

В качестве иллюстрации приведем эпизод из жизни молодой женщины К., пережившей тяжелую психическую травму — от нее ушел любимый муж, оставив ее с двумя маленькими детьми. Событие это произошло летом, во время жизни на даче в одном из пригородов Москвы. К. было слишком тяжело оставаться на даче, где все напоминало о случившемся. Она переехала в город, однако здесь состояние отчаяния приняло еще более острый характер. Она не могла видеть те места, в которых бывала с мужем, не могла переступить порог консерватории, театра. Особенно ее волновал вид вокзала, железной дороги. К. чувствовала, как все больше сужается ее "жизненное пространство" (К. Левин). И тогда К. сознательно приняла решение вернуться на некоторое время именно в ту местность, где произошло травмирующее событие.

Принятие решения носило, по существу, характер активной психологической защиты. Действительно, несмотря на оставшиеся тяжесть и горечь переживаний, молодая женщина освободилась от дополнительных симптомов: железная дорога, пригородный пейзаж потеряли характер фрустрирующих агентов и перестали тревожить ее. Более того, произошла "экстраполяция" на другие обстоятельства, которые ранее мешали больной: она стала вновь общаться со знакомыми мужа, посещать концертные залы и театры. Словом, сознательно принятое женщиной решение поселиться в психологически невыносимом месте обернулось защитным механизмом, выведшим ее из тупика. Аналогичные явления встречаются, очевидно, довольно часто и являются выражением опосредованного сознанием поведения.

Думается, что сознательное принятие "мер защиты" по-иному перестраивает деятельность человека, чем неосознаваемые. Возникновение мер защиты на неосознаваемом уровне приводит большей частью к искажению деятельности, происходит сублимация, некое замещение реальности. Сам процесс "катарсиса" не всегда влечет за собой усиление адекватного отношения к реальности, он часто приводит не к усилению адекватной рефлексии, а к обострению самокопания, к замене реальных отношений искусственно созданными.

При принятии же осознаваемых мер защиты, являющемся частным видом опосредования поведения, происходит восстановление адекватных реальности форм жизнедеятельности человека. Исчезает необходимость сублимации, замещающих действий. Поступки

человека начинают детерминироваться реальными мотивами, действия становятся целенаправленными, происходит восстановление нарушенного общения в адекватных целям общения формах. Иными словами, опосредование оказывается в этом случае тем устойчивым личностным свойством, которое и начинает определять образ жизни ("стиль") человека, его самооценку и видение мира.

Необходимость учитывать процесс саморегуляции особенно отчетливо выступает при исследовании больных, находящихся в реактивном состоянии после психических травм. При сопоставлении результатов экспериментально-психологического исследования и данных истории жизни этих больных выявились особенности нарушения процесса регуляции. Так, исследование Е.С. Мазур показало, что при реактивном состоянии отмечается фиксированность на травмирующих переживаниях, преобладает чисто эмоциональная оценка предлагаемых заданий. В эксперименте это проявилось в нарушении опосредования эмоционально значимых слов при выполнении пиктограммы, в неспособности развивать темы в ТАТ. В эксперименте наблюдалось ослабление самоконтроля, нарушение планирования. Осмысление ситуации носило "патогенный" характер — она воспринималась как "оскорбительная", "несправедливая" и т.п. Регуляция поведения осуществлялась за счет механизмов психологической защиты, которые действовали на неосознаваемом уровне и в конечном счете затрудняли целостную адекватную оценку ситуации, приводили к искаженной интерпретации случившегося.

В упомянутом исследовании Е.С. Мазур описаны больные, преодолевшие психотравмирующую ситуацию, и больные, не способные ее преодолеть. У больных первой группы отмечалось возобновление прерванной жизнедеятельности — улучшилось состояние, восстановилось общение, работоспособность, исчезло чувство страха перед будущим. Восстановилась возможность планирования, изменилось отношение к случившемуся, травмирующие переживания потеряли свою актуальность. Исследование показало, что у больных формируется установка на активное преодоление данной ситуации, выход из нее явился результатом активного поиска.

У больных второй группы продолжали сохраняться нарушения сознательной регуляции — они были фиксированы на травмирующих переживаниях, отсутствовали планы на будущее, состояние больных ухудшалось при потере надежды на благоприятное разрешение ситуации, сохранялась искаженная интерпретация случившегося. Больные были пассивны в разрешении критической ситуации, преобладающей реакцией на нее оставался уход в собственные переживания, ситуация продолжала восприниматься как неразрешимая.

Следует отметить, что саморегуляция при овладении психотравмирующей ситуацией осуществляется в процессе осознанного

смыслообразования, включающего в себя ряд этапов. На первом этапе происходит оценка и осознание больным ситуации в целом, направленное на выявление причин случившегося, осознание смысла происходящего. На втором этапе — переосмысление ситуации, перестройка системы смысловых отношений. На третьем — изменение смысловой направленности деятельности, возобновление прерванной жизнедеятельности. В тех случаях, когда не происходит формирование процесса осознанного смыслообразования, функция саморегуляции не выступает.

Е.С. Мазур справедливо указывает, что преодоление психотравмирующей ситуации требует сознательной перестройки смысловых отношений личности, восстановления ведущих смысловых образований, нарушенных психической травмой. Описанные данные подтверждают идею Л.С. Выготского о возможности "влиять на аффект сверху, изменяя смысл ситуации", а также идею о том, что "осознать — значит в известной мере овладеть".

Нарушение саморегуляции проявилось и при исследовании соотношения дальних целей и осуществляемой деятельности. Из общей психологии мы знаем, что в саму деятельность человека включена и временная реальность.

Осуществляя свою деятельность в настоящее время, человек руководствуется и *дальними целями*. В исследованиях М. Стехлика показано, что у большинства же больных эпилепсией и шизофренией дальние цели не участвуют в регуляции их поведения. Первоначально у больных шизофренией теряется смыслообразующая функция дальних целей, у больных эпилепсией дальние цели так же, как и их деятельность, становятся инертными. Этот процесс постепенно приводит к полному отсутствию дальних целей в саморегуляции их поведения.

Нарушение критичности и спонтанности поведения. Нарушение опосредованности тесно связано с нарушением критичности, подконтрольности поведения. Нарушение критичности проявляется по-разному; оно может выступать в виде нецеленаправленных действий, расторможенности поведения, нецеленаправленности суждений, когда человек не сравнивает свои действия с ожидающимися результатами, когда он не замечает своих ошибок и не исправляет их.

О критичности мышления говорил С.Л. Рубинштейн, подчеркивая, что "возможность осознать ошибку является привилегией мысли". Выделяя качества ума, Б.М. Теплов оценивает критичность как "умение строго оценивать работу мысли, тщательно взвешивать все доводы за и против намечающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке".

Понятие критичности носит в психиатрии неоднозначный характер; часто имеется в виду критичность к бреду, галлюцинациям и другим болезненным переживаниям. Особенно важен тот вид критичности, который состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями реальности. Нередко некритичность принимает особую форму, проявляясь в виде нарушений спонтанности поведения, инактивности. Подобное поведение мы часто наблюдали у больных с грубыми поражениями лобных отделов мозга. При поверхностном наблюдении эти больные производили впечатление относительно сохранных людей. Они усваивали предъявляемые им вопросы, были ориентированы в месте и времени, в общественных событиях, принимали участие в трудовых процессах, выполняли поручения, читали книги, запоминали прочитанное, слушали радио. Однако при ближайшем наблюдении можно было отметить неадекватность их поведения. Вслушиваясь в их беседы с родными, можно было установить, что больные правильно отвечали на вопросы, но сами их не задавали, не интересовались жизнью своих близких, не говорили о своих планах на будущее. Они сами не предъявляли жалоб, считали себя здоровыми, готовыми нести и дальше свои трудовые обязанности; лишь путем настоятельных опросов и бесед удалось выяснить, что у них имеют место головные боли и другие недомогания, которым они не придавали значения: "пустяки, поболит голова и пройдет", "чувствую некоторую слабость, отлежусь недельку и могу обратно пойти на фронт" — подобные фразы были частыми их высказываниями. Соматическое состояние этих больных часто было хорошим.

Однако поведение этих больных обнаруживало патологические особенности. Адекватность их поведения была кажущейся. Так, они помогали сестрам, санитарам, если те их просили, но они с той же готовностью выполняли любую просьбу, даже если она шла вразрез с принятыми нормами поведения. Так, больной К. взял без разрешения у другого больного папиросы, деньги, так как кто-то "его попросил сделать это"; другой больной Ч., строго подчинявшийся режиму госпиталя, "хотел накануне операции выкупаться в холодном озере, потому что кто-то сказал, что вода теплая".

Иными словами, их поведение, действия могли в одинаковой мере оказаться адекватными и неадекватными, ибо они были продиктованы не внутренними потребностями, а чисто ситуационными моментами. Точно так же отсутствие жалоб у них обусловливалось не сдержанностью, не желанием замаскировать свой дефект, а тем, что они не отдавали себе отчета ни в своих переживаниях, ни в соматических ощущениях.

Эти больные не строили никаких планов на будущее: они с одинаковой готовностью соглашались как с тем, что не в состоянии

работать по прежней профессии, так и с тем, что могут успешно продолжать прежнюю деятельность. Больные редко писали письма свои родным, близким, не огорчались, не волновались, когда не получали писем. Отсутствие чувства горести или радости часто выступало в историях болезни при описании психического статуса подобных больных. Чувство заботы о семье, возможность планирования своих действий были им чужды. Они выполняли работу добросовестно, но с таким же успехом могли бросить ее в любую минуту.

После выписки из госпиталя такой больной мог с одинаковым успехом поехать домой или к товарищу, который случайно позвал его.

Действия больных не были продиктованы ни внутренними мотивами, ни их потребностями. Отношение больных к окружающему было глубоко изменено. Это измененное отношение особенно отчетливо выступает, если проанализировать не отдельные поступки больного, а его поведение в трудовой ситуации. Трудовая деятельность направлена на достижение продукта деятельности и определяется отношением человека к этой деятельности и ее продукту.

Следовательно, наличие такого отношения к конечному результату заставляет человека предусматривать те или иные частности, детали, сопоставлять отдельные звенья своей работы, вносить коррекции. Трудовая деятельность включает в себя планирование задания, контроль своих действий, она является прежде всего целенаправленной и сознательной. Поэтому распад действия аспонтанных больных, лишенных именно этого отношения, легче всего проявляется в трудовой ситуации обучения.

Анализ трудовой деятельности этих больных был предметом исследования С.Я. Рубинштейн. С.Я. Рубинштейн отмечает, что больные, начав что-либо делать, редко прекращали работу по своей инициативе: это случалось лишь при каких-либо внешних поводах, например при поломке инструмента, запрещении персонала и т.п. Обращало на себя внимание то обстоятельство, что они почти не регулировали своих усилий, а работали с максимально доступной интенсивностью и темпом, вопреки целесообразности. Так, например, больному А. поручили обстрогать доску. Он строгал ее быстро, чрезмерно нажимая на рубанок, не заметил, как всю сострогал, и продолжал строгать верстак. Больного К. учили обметывать петли, но он так поспешно, суетливо протягивал иглу с ниткой, не проверяя правильности сделанного прокола, что петли получались уродливыми, неправильными. Работать медленнее он не мог, как его ни просили об этом. Между тем, если инструктор садился рядом с больным и буквально при каждом стежке "покрикивал" на больного: "Не торопись! Проверь!" — больной мог сделать петлю красивой и ровной, он понимал, как это нужно сделать, но не мог не спешить.

Выполняя простейшее задание, больные всегда совершали множество излишних суетливых движений. Они, как правило, работали по методу "проб и ошибок". Если инструктор спрашивал о том, что они предполагают нужным сделать, то очень часто ему удавалось получить правильный ответ. Будучи, однако, предоставлены сами себе, больные редко пользовались своей мыслью как орудием предвидения.

Это безучастное отношение к своей деятельности выявилось в процессе экспериментального обучения. В течение 14 дней с этими больными проводилось систематическое обучение: заучивание стихотворения, складывание мозаики по предложенному образцу и сортировка пуговиц. Была выделена группа больных с массивными поражениями левой лобной доли, у которых клиника и психологическое исследование выявили грубый синдром аспонтанности. Больные были в состоянии механически выучить стихотворение, они могли легко выложить фигуры из мозаики, но не могли спланировать рациональные приемы или видоизменить предложенные им извне, чтобы закрепить или ускорить работу. Так, выкладывая мозаику без плана, они не усваивали и не переносили предложенные им извне приемы и на следующий день повторяли прежние ошибки; они не могли овладеть системой обучения, планирующей их деятельность. Они не были заинтересованы в приобретении новых навыков обучения, совершенно безучастно относились к нему, им были безразличны конечные результаты. Поэтому они и не могли выработать новых навыков: они владели старыми умениями, но им было трудно освоить новые.

Пассивное, аспонтанное поведение сменялось нередко у этих больных повышенной откликаемостью на случайные раздражители. Несмотря на то что такого рода больной лежит без всякого движения, не интересуясь окружающим, он чрезвычайно быстро отвечает на вопрос врача; при всей своей пассивности он часто реагирует, когда врач беседует с соседом по палате, вмешивается в разговоры других, становится назойливым. В действительности же эта "активность" вызывается не внутренними побуждениями. Подобное поведение следует трактовать как ситуационное.

Ранее говорилось о том, что характер каждого конкретного действия, его строение определяются мотивом, который стоит за ним. И здоровый человек, и "лобный" больной действуют в ситуации эксперимента под влиянием инструкции экспериментатора; следовательно, для обоих ситуация эксперимента имеет характер побудительного, действенного мотива. Однако ситуация эксперимента приобретает для испытуемого не только побудительный характер к действию, последнее включается всегда в какую-то смысловую систему. Ситуация приобретает и смыслообразующий характер, который является для дифференцированной человеческой психики и

побудительным. Часто предполагается, что оба эти момента разделены, что то, что имеет побуждающее значение, не перекликается с тем, что смыслообразует; получается впечатление, что смыслообразующий момент находится в одном, а побуждающий — в другом.

Однако нередко может возникнуть такая ситуация, когда действие производится без соответствующего смыслообразующего мотива или потребности. Дело в том, что в нашем окружении всегда существуют вещи, явления, которые в прошлом служили средством удовлетворения потребности: если у человека в данной ситуации не возникает смыслообразующий мотив, то эти вещи могут приобрести побудительное значение. Так, например, попавший в наше поле зрения мяч вызывает желание его подбросить. Колокольчик "вызывает" желание позвонить и т.п. Вещь как бы требует известной манипуляции с ней; и здоровый человек совершает нередко поступки под влиянием "побудительного" значения этих вещей. В таких случаях принято говорить о немотивированном поведении (например, придя в магазин, человек покупает ненужную ему вещь). К. Левин называл, как известно, такое поведение "полевым".

Ситуационное поведение больных с поражением лобных долей мозга носило стойкий характер, оно определяло характер поведения и поступков больного, оно было доминирующим.

Какие же формы принимало это ситуационное поведение у описываемой группы больных? Признаки ситуационного поведения часто выступали в клинике в виде внушаемости и подчиняемости. Такого рода больные вели себя вполне адекватно, если какой-нибудь внешний момент не нарушал эту внешнюю сохранность.

Мы имели возможность наблюдать больного, который был как бы образцом аспонтанности. По целым дням он лежал на кровати, ничем не интересуясь, когда к нему приходили на свидание товарищи или родные, он не изъявлял никаких желаний, ни о чем их не расспрашивал и не просил — у этого больного не было никаких побуждений к какому-нибудь действию; тем более были все удивлены, когда узнали, что этот больной украл у соседа по палате папиросы. Как потом выяснилось, он совершил этот поступок не из-за корыстных целей, а лишь исключительно из-за того, что какой-то малознакомый ему сосед по палате "попросил его". Такое поведение явилось лишь ответом на требование извне.

Ситуационное поведение таких больных не ограничивается внушаемостью и подчиняемостью. В некоторых случаях оно принимало гротескный характер. Не живые отношения между людьми, не просьбы и инструкции становятся источником их деятельности; в своем грубом проявлении эта подчиняемость выражается в том, что для больных как бы оживает функциональная значимость отдельных вещей без адекватной необходимости; "побудительное значе-

ние" вещи как бы оголяется и выступает без отношения к смыслообразующему характеру ситуации.

Для примера приводим поведение больного Г. Весь день больной проводил в постели, не участвуя в жизни отделения; он не только не интересовался окружающей жизнью, но и к собственной участи, к состоянию своего здоровья был безучастен. Когда у него была обнаружена слепота на один глаз, его это не встревожило. "И так видно, что нужно", — заявил он беспечно.

Если же этот аспонтанный больной выполнял какие-нибудь действия, то они всегда зависели от конкретных вещей, которые попадали в поле его зрения. Войдя в кабинет врача, подходил к книжному шкафу, вынимал книгу, начинал ее перелистывать. Увидев карандаш, начинал писать, даже если перед ним не было бумаги; заметив на стене объявления, подходил к ним, начинал читать. В кабинете стояло несколько стульев: больной садился поочередно на каждый из них.

Подобная "откликаемость" часто видоизменяет само задание и принимает характер "вплетений" только что виденного и слышанного. Больной срисовывает геометрические фигуры и вдруг вписывает в круг слово "обход", так как при нем только что говорили о врачебном обходе. Другая больная, складывая числа, приписала "авария", так как рядом с ней лежала картинка, изображающая аварию.

Резко выраженная "откликаемость" могла привести к полному распаду действия. Так, одна из больных срисовывала по просьбе врача картинку. Вошел другой врач и положил по другую сторону книжку. Больная тотчас взяла книгу, стала ее перелистывать, а потом обращалась то к книге, то к рисунку.

В заключение анализа аспонтанности нам хотелось бы остановиться на одном, казалось бы, парадоксальном явлении. Нередко вышеописанная сверхотликаемость сочеталась у больных с тенденцией к персеверациям. Симптом персеверации был описан А.Р. Лурией еще в 1943 г. у больных с нарушениями премоторной зоны мозга. Выполнив какой-нибудь компонент сложного движения, больные не могли переключиться на другой его компонент. А.Р. Лурия описывает явления персеверации (в двигательной и речевой сферах) также у больных с массивными поражениями лобных долей мозга. Он пишет, что "удержание избирательных следов словесной инструкции оказывается в подобных заданиях настолько трудным, а влияние инертных действий, вызванных предшествующей инструкцией, настолько сильным, что правильное выполнение заданий заменяется фрагментами прежних действий".

Нами исследовался совместно с Ю.Б. Розинским больной, который, проводя движением пальца по направлению реки на географической карте, продолжал это до тех пор, пока на карте образовывалась дыра; начав чертить круг, он продолжает это круговое дви-

жение, пока его не остановят. Меняя задание, чертить то круг, то дом, мы получали неоформленную смесь того и другого — дом закругляется, а в круг привносятся детали прямых сторон.

Если больной рисовал подряд несколько кружков, то ему трудно было переключаться на рисунок дома; после того как он нарисовал несколько раз дом, он не может нарисовать круг, а приделывает к нему крышу.

Эти персеверации выступали в письме. Больному предлагается написать: "Сегодня хорошая погода". Вместо этого он пишет: "Сегого гохоророшая я погодада".

Наряду с персеверациями у этого больного резко выступает откликаемость: экспериментатор просит его передать спичку другому больному; больной берет коробку, вынимает спичку и зажигает ее. Требуемое от него действие он не выполняет. Когда больного просят подать стакан воды, он сам начинает пить из него воду. Увидев лежащие на столе ножницы, больной начинает резать покрывающую стол бумагу.

Казалось бы, что ситуационное поведение и персеверативная тенденция являются феноменами, противоречащими друг другу, так как механизмом персевераций является инертность, ситуационное же поведение содержит в себе тенденцию к чрезмерно быстрой смене реакций. В действительности же оба этих противоречащих друг другу феномена — застойность персевераций и сверхпереключаемость ситуационного поведения — смыкаются.

Противоречивость здесь мнимая: симптом персеверации так же, как и откликаемость, является лишь по-разному оформленным проявлением аспонтанности. Иными словами, оба эти явления являются индикаторами того, что деятельность больного лишена смысловой характеристики и замещается действиями, за которыми не стоит смыслообразующий мотив. Доведенная до своего апогея аспонтанность разрушает в корне строение деятельности, лишает ее основного человеческого качества личностного отношения и осмысленной направленности, критичности и подконтрольности. Сочетание откликаемости и персевераций мы наблюдали не только с "лобным синдромом". Так, исследуя вместе с С.Я. Рубинштейн больных гипертонической болезнью, мы могли в некоторых случаях и у них отметить это парадоксальное явление*. Сверхбыстрая откликаемость подобного рода больных на внешние случайные моменты приводила к нарушению их ориентировки. Например, сосед по палате оказался слесарем, больной считает, что он в мастер-

* Следует отметить, что в психиатрической клинике нередко встречается подобное сосуществование, казалось бы, противоречивых симптомов, например при так называемом кататоническом синдроме наблюдают обездвиженность и возбуждение.

ской; через минуту он услышал чтение газеты, откликнувшись на него, он считает, что он в клубе. Тут же больной услышал пение в соседней палате и быстро решил, что он в театре. Каждый отдельный раздражитель определяет ориентацию больного, и, таким образом, у больного создается какое-то своеобразное прерывистое восприятие окружающего.

Откликаемость этих больных, сочетаясь с персеверациями, нарушала и строение речи. Последняя изобиловала парафазиями, персеверациями. Например, больному Г. (гипертоническая болезнь) была показана карточка с изображением петуха; больной отвечал, что это яблоко. Вслед за этим, когда ему предъявляли очки, он отвечал: "Это ножка от яблока". "Яблоко" застряло персеверативно, а слово "ножка" возникло при взгляде на ручку очков.

Г.В. Биренбаум наблюдала подобную откликаемость и склонность к персеверациям у больных с органическими психозами и в некоторых случаях острого шизофренического процесса.

Исследования, проведенные мною вместе с С.Я. Рубинштейн, показали, что эти нарушения динамичны и преходящи. Мы неоднократно имели возможность убедиться в том, как больные, ответы и поведение которых были предельно нелепы вследствие своей откликаемости с персеверацией, тут же адекватно реагировали на окружающее. Речь их становилась правильной, действия разумны. Персеверации и откликаемость исчезали.

Все эти данные заставляют предположить, что механизмом парадоксального сочетания откликаемости и персеверации является снижение бодрственного состояния мозга. Резкое сочетание откликаемости и грубых персевераций при лобном синдроме обусловлено не одним лишь поражением лобных долей мозга, а что и в этих случаях речь идет об измененном состоянии бодрственности коры. Об этом свидетельствует тот факт, что у больных, у которых описанное парадоксальное сочетание было особенно выражено, локальный процесс был осложнен органическими процессами диффузного характера (менингоэнцефалит, абсцесс, хронический сепсис).

Следует, однако, отметить, что симптом откликаемости сам по себе носит у больных с "лобным синдромом" иной характер, чем у больных с другими органическими поражениями мозга. Больные с диффузным поражением мозга выявляют какое-то, пусть смутное, отношение к откликаемости; они сами ее отмечают; иногда даже пытаются противостоять ей. "Лобные" же больные никогда не замечают неадекватности своих поступков.

Несмотря на то что откликаемость больных при гипертонии носит тоже нелепый характер, за ней скрыта часто попытка ответить на предлагаемый вопрос, она возникает нередко при трудных задачах и является часто следствием чрезмерного интеллектуального

напряжения больного. Откликаемость же "лобного" больного не вызывается напряжением.

Откликаемость больного с диффузным поражением мозга тоже дезорганизует его поведение, но она не является доминирующей; у "лобного" больного поведение может внешне казаться недезорганизованным, однако именно откликаемость, по существу, определяет его поведение.

Сопоставление откликаемости больных обеих групп дает некоторые опорные пункты для дифференциально-диагностических вопросов. Но кроме этого практического значения постановка и выяснение этого вопроса имеют еще и теоретическое значение. Это сопоставление показывает, что откликаемость может стать доминирующей линией поведения, определяющей поступки и действия больного только в том случае, когда у больного изменено отношение к себе и к окружающему, когда он не может отнестись к своим поступкам критически, когда у него нет их оценки. Следовательно, только при наличии грубого личностного распада откликаемость, которая является характеристикой сниженного бодрствования, дезорганизует поведение больного. И у больного с диффузными органическими поражениями может появиться готовность к недифференцированной реакции, но лишь благодаря изменению строения сознания больного, выступающему в виде аспонтанности, эта готовность превращается в стойкий распад целенаправленной деятельности. Для того чтобы оказалось нарушенным столь сложное социальное образование, каким является человеческое поведение, для того чтобы перестали действовать высшие, социальные мотивы, чтобы человек перестал существовать как сознательная и созидательная личность и подчинялся калейдоскопу впечатлений, необходимо грубое изменение в сфере человеческих потребностей, мотивов, сознания. Только при нарушении критического подконтрольного отношения к себе и к окружающему возникает невозможность осознать этот калейдоскоп впечатлений, теряется способность противостоять ему.

В.В. Болтенко

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТУДЕНТОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ*

Проблема адаптации к учебной деятельности студентов с различными психическими нарушениями стоит перед психиатрами в нашей стране уже с 20-х годов.

---

* См.: Тезисы докладов конференции "Проблемы патопсихологии". М., 1972. (*Прим*. Работа выполнена под руководством С.Я. Рубинштейн.)

В последнее десятилетие в связи с научно-технической революцией, происходящей во всем мире, предъявляются более высокие требования к обучению и подготовке квалифицированных кадров. Интенсификация программ обучения, усложнение педагогического процесса требуют от студента сильного эмоционального напряжения. Сохранение нервно-психического равновесия при столь высокой нагрузке иногда оказывается непосильным для студентов. Среди причин, вызывающих психические расстройства, зарубежные ученые отмечают различные социальные условия, присущие капиталистическому обществу.

Проблема адаптации к учебной деятельности остается острой лишь в связи с тем, что расцвет симптоматики при шизофрении приходится на юношеский возраст. Проявляясь в период обучения в институте, он влечет за собой различные нарушения учебного процесса.

Учебную деятельность, как ведущую деятельность, изучали многие психологи (А.Н. Леонтьев, Л.И. Божович и др.). Это сложная длительно протекающая деятельность, в процессе которой приобретаются профессиональные знания и формируются новые стороны личности. Она побуждается мотивами с широкой сферой интеграции, которые относительно устойчивы и могут выступать в роли некоторой характеристики личности. Мотивы действий могут совпадать с мотивом деятельности, но могут являться ситуативными мотивами, возникающими в зависимости от конкретных условий, в которых выполняется действие, и состояния индивида.

Для успешной учебной деятельности студентов необходимо наличие интереса к изучаемым предметам, который значительно облегчает усвоение материала. У здоровых людей в цепи потребность — интерес — цель функция интереса заключается в том, что он обеспечивает связь между потребностью и целью, создавая избирательное поле, в рамках которого действует вся цепь. Интерес обеспечивает выбор, предпочтение тем или иным знаниям, способам действий, навыкам, приемам, разнообразным средствам, ведущим к достижению цели. Сформированные интересы в структуре личности определяют ее направленность и активность в той или иной деятельности.

Задачей исследования являлось выяснение причин нарушения учебной деятельности у студентов, больных шизофренией.

В качестве методического приема был использован анализ данных историй болезни в сочетании с экспериментально-психологическим исследованием с помощью методик, описанных С.Я. Рубинштейн (классификация, пиктограмма, куб Линка, методика Выготского—Сахарова, исключение предметов и др.). Кроме того, была разработана схема беседы с больным относительно развития интересов, увлечений, мотивов выбора профессии, отношения к учебе, о ближайших и отдаленных целях и т.д.

Исследованы 28 студентов различных высших учебных заведений, стационированных в Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР. 22 человека имели диагноз вялотекущая шизофрения, 4 — шизофрения с астено-ипохондрическим синдромом, 1 — параноидная форма и 1 — циркулярная.

Нарушение учебной деятельности выражалось в снижении успеваемости по отдельным предметам у ранее хорошо успевающих студентов, в нежелании продолжать обучение на данном факультете и добровольном уходе из института, либо в постоянной низкой успеваемости по всем предметам.

Почти во всех протоколах экспериментально-психологического исследования отразились одни и те же в разной степени выраженные изменения мышления по типу искажения процесса обобщения. Это изменение мышления проявлялось как тенденция к обобщению на основании необычных признаков, разноплановости, резонерству. Однако усвоение нового материала и понимание сложных связей и отношений больным оставалось доступным. Прямая связь между таким характером расстройства мышления и нарушением учебной деятельности в исследовании не выступает.

Значительно большую роль как причина "отсева" и неуспеваемости играют изменения в мотивационной сфере и сфере интересов.

Именно вследствие нарушения мотивации, в частности ослабления ее побуждающей функции, больные не посещают занятия, не справляются с учебной программой, что приводит к академической задолженности и исключению из института. Иногда больные сами уходят с того или иного факультета, имея в виду перевод на другой факультет или поступление в другой вуз. На самом же деле они теряют при этом возможность завершить образование.

По характеру изменений в сфере интересов и мотивов больные разделились на три группы.

К первой группе относятся студенты, у которых резко снизилась успеваемость по отдельным предметам. В школьные годы у них обнаруживается быстрая смена самых различных интересов. В возрасте 12—15 лет подростки увлекаются самыми разнообразными областями знаний. Но сфера увлечений постепенно суживается и к 16—17 годам фиксируется единственный интерес, в рамках которого становится возможна целенаправленная деятельность. Жестко закрепленный интерес при обеднении остальной сферы интересов является здесь не ведущим, не главным, не высшим в иерархии, а определяющим направленность личности. Наличие этого интереса обеспечивает накопление знаний и умений в узкой сфере и определяет выбор профессии, т.е. вуз выбирается соответственно имеющимся способностям и увлечению. В учебной деятельности

таких студентов прежде всего интересует узкий круг предметов. Они занимаются ими в ущерб другим изучаемым дисциплинам.

В студенческие годы у больных происходит как бы закрепление одного интереса и ломка и отбрасывание всех прежних. Это сопровождается состоянием творческого подъема, экзальтации, озарения, одержимости идеей, замыслом. Спадает напряженность, фиксируется новая направленность.

Студентка М. С 7 лет пошла в школу, учеба давалась легко, в детстве любила читать, рано начала писать стихи, была склонна к фантазированию. В 1964 г. успешно окончила 11 классов. По общему конкурсу в МГУ на механико-математический факультет не прошла, начала работать лаборанткой в университете, где после сданной ею сессии была зачислена студенткой. С весны 1967 г. оставила занятия и работу в МГУ, устроилась сторожем в министерство с суточной работой через трое суток.

Рассказывает о себе, что с детства "рвалась на части между математикой и стихами". Но в последние два года потянуло к поэзии. По серьезному чувствовала, что на мехмате она занимается не своим делом, поэтому решила оставить этот факультет и получить "блестящее филологическое образование". С этой целью для освобождения времени на занятия перешла на работу сторожа, осенью намерена поступать на филологический факультет.

Эти больные, одержимые новыми стремлениями, действительно оставляют институт.

Ко второй группе относятся студенты, у которых отсутствует интерес к какой бы то ни было профессиональной деятельности, в том числе к той, для которой их готовят в институте. По данным анамнеза, у большинства больных в школе была средняя успеваемость по всем предметам. Выбор института происходит часто по совету родственников и друзей. Чаще выбираются факультеты с небольшим конкурсом, профессии с невысоким социальным престижем. Кажется, что "это рациональный" подход к выбору специальности, но за резонерской формулировкой мотивов вскрывается апатия, равнодушие к учебе, к своему будущему и отсутствие каких бы то ни было целей. Даже к возможности исключения из института больные остаются равнодушны.

Академические задолженности в основном по дисциплинам, не связанным с интересом. Причины своей неуспеваемости в сессии объясняют так: "Я увлекся любимым делом и запустил остальные предметы" (студент К.); "Мое внутреннее кредо, мои требования к себе расходятся с требованиями преподавателей. Я писал симфонию. Оказалось не по силам... Переутомился" (студент Г.); "Для зачета я сдал работу, в которой попробовал применить свой способ обработки камня. Это не понравилось преподавателю и он не зачел ее" (студент Б.).

Студенты этой группы переживают свои неудачи в институте, среди них нет случаев добровольного ухода из института, их тре-

вожит потеря интереса к любимому делу в период ухудшения состояния. Клинически выявляется огрубление чувств, развитие психопатических черт характера, некритичность, эмоциональная неадекватность. Студенты этой группы имеют выраженные способности, но в деятельности мало продуктивны.

Итак, основным изменением учебной деятельности больных является сужение сферы интересов при сохранности и фиксированности какого-то одного, обусловливающего избирательное отношение к изучаемым предметам.

В третью группу вошли студенты, у которых во время обучения в институте наступает резкая смена интересов. Все они принимают решение оставить выбранные факультеты и поступать вновь на факультет, "который соответствует их новому интересу". У студентов к моменту поступления в вуз ведущий интерес еще не формируется и выбор профессии происходит в связи с различными случайными обстоятельствами.

Больной П.: "В наш век необходимо иметь высшее образование".

Больной Н.: "Через институт необходимо перешагнуть... стараться незачем. Тройка — государственная отметка, а ее мне всегда поставят".

Больная Ч.: "Меня никогда ничто не интересовало. В институт я поступила по желанию моих родителей... О своей профессии я не имею представления. А уже должна делать дипломную работу... Нас готовят конструкторами-модельерами. Но что я должна делать? И я не хочу работать в этой области... Мне, вообще, ни одна профессия не нравится. Ни к чему нет интереса".

Больная Ц.: "Мой отец был фельдшер. Он хотел, чтобы я стала врачом. Но мне неинтересно учиться... Специализацию не выбрала, мне все равно... Все одинаково неинтересно, но учиться надо".

У больных низкая успеваемость и плохая посещаемость. Отношение к учебе индифферентное. Они учатся, как бы повинуясь внешнему ходу событий, помощи и подталкиванию их со стороны окружающих. Деятельность как бы раздроблена на отдельные действия, вызванные ситуативными мотивами. Целенаправленная деятельность, если иметь в виду ее внутренний план, отсутствует.

Итак, в результате анализа данных об изменении мотивационной сферы студентов выделены три вида нарушений как причины изменения учебной деятельности:

а) сужение мотивационной сферы, обеднение интересов при наличии одного жестко закрепленного, иногда гипертрофированного интереса, в рамках которого возможна определенная целенаправленная деятельность;

б) резкий перелом интересов, протекающий на фоне эмоциональной приподнятости, состояния озарения, в результате которого меняется направленность личности и содержание деятельности;

в) распад мотивов с широкой сферой интеграции при сохранении возможности образования ситуативных мотивов, что обеспечивает выполнение отдельных действий и операций.

Выводы

1. В результате психологического исследования у всех групп больных выявлено расстройство мышления по типу искажения процесса обобщения (разноплановость, нецеленаправленность, соскальзывание), которое, однако, не всегда обусловливает неуспеваемость.

2. Были выявлены нарушения мотивационной сферы разного типа (сужение сферы мотивов, резкий перелом интересов, обусловливающих новое содержание деятельности, распад мотивов с широкой сферой интеграции), которые являлись главной причиной неуспеваемости.

Н.Р. Ванникова

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УСПЕШНО РАБОТАЮЩИХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ*

Настоящее исследование велось в рамках общей темы по социальной реабилитации психически больных.

Одним из подходов к этой проблеме может служить изучение факторов, способствующих сохранению трудоспособности у больных, которые по каким-либо причинам оказались приспособленными к труду в условиях общественного производства.

Данная работа ставит своей целью выявить некоторые факторы, способствующие такому приспособлению у больных шизофренией, которые в настоящее время, несмотря на наличие у них заболевания, успешно справляются с работой.

Состав больных. Для настоящего исследования были отобраны больные шизофренией (без учета формы и типа течения), справлявшиеся с работой в течение длительного времени после начала заболевания и продолжающие успешно работать к моменту исследования или до последнего стационирования, в период которого проводилось психологическое исследование. Диагнозы были установлены в клиниках института психиатрии МЗ РСФСР.

Всего было исследовано 29 больных. В основном это были тематические больные клинициста, кандидата медицинских наук А.В. Гросман, консультируемые ею на заводе.

---

* См.: Тезисы докладов конференции "Проблемы патопсихологии". М., 1972. (*Прим.* Работа выполнена под руководством С.Я. Рубинштейн.)

Двое больных, работающих на заводе, до последнего времени не обращались к психиатру, а сейчас состоят на учете у психиатра, консультирующего непосредственно на производстве. Один находится в психиатрической больнице впервые. Остальные стационировались и прежде в психиатрические больницы. Все они продолжают успешно работать. У большинства больных имеется процесс значительной давности.

Исследованные больные работают в различных сферах труда — на производстве, в научных лабораториях, в области просвещения и культуры — и имеют самые различные специальности. Это слесарь, работающий на заводе (передовик производства); слесарь автобазы; резчица на заводе; лифтер-обходчик в ЖЭКе; бухгалтер на заводе; курьер-машинистка на заводе; инженер ОТК на заводе; начальник цеха на заводе; инженер-снабженец; инженер по проверке аппаратуры на заводе; редактор; профессор; заведующий кафедрой в одном из ведущих вузов страны.

Методы исследования. Особенности протекания психических процессов у больного устанавливались с помощью ряда методик, применяемых в настоящее время в патопсихологическом исследовании в клинике (заучивание 10 слов, пиктограмма, классификация предметов, простые аналогии, сложные аналогии, выделение существенных признаков, сравнение и объяснение понятий, понимание переносного смысла пословиц, сопоставление пословиц и фраз, последовательность событий, куб Линка, таблицы Шульте, совмещение признаков по Когану, методика Выготского—Сахарова, исключение предметов, исключение понятий). В каждом отдельном случае применялся соответствующий набор методик, включающий часть из перечисленных выше.

Поскольку в данной работе ставилась не столько диагностическая задача, сколько задача выяснения особенностей психики больного, при анализе данных учитывались не только результаты, полученные при применении тех методик, в которых были выявлены определенные нарушения психической деятельности больного, но и результаты по методикам, в которых таких нарушений почему-то не выявилось. Психологический анализ структуры самих методик в ряде случаев позволяет попытаться ответить на вопрос о том, какие условия деятельности способствуют компенсации дефекта больного. Проводилась также беседа с больным. Тщательно изучались анамнестические данные.

Где возможно, были получены данные об объективных требованиях производства, а также об отношении к больному рабочего коллектива, трудовая характеристика больного.

Сопоставление данных о состоянии психики больного в настоящее время (психический статус, данные психологического исследо-

вания, беседа с больным), об изменении личности больного в процессе заболевания (анамнестические данные), о требованиях производства, где работает больной, и требованиях производства, откуда больной ушел по каким-либо причинам (соответственно, и выяснение этих причин) в ряде случаев дает возможность выявить некоторые факторы, способствующие сохранению работоспособности больного.

Результаты исследования. У всех исследованных больных выявились выраженные нарушения мышления, а также патологические изменения личности, которые часто удается проследить в течение длительного времени. Так, больной Н., профессор, заведующий кафедрой, впервые стационировался в психиатрическую больницу уже в 16-летнем возрасте в связи с повышенным настроением. После этого в возрасте 29 лет находился в психиатрической больнице им. П.Б. Ганнушкина. Был возбужден, не мог стоять на месте, цинично бранился, слышал музыку. В дальнейшем, больной стационировался в психиатрические больницы еще несколько раз, часто в связи с грубо неадекватным поведением. В 1968 г. в течение последней недели перед стационированием подделывал свои документы, проявлял агрессивность к родным, сломал дверь, разбросал всю библиотеку (17 тысяч томов). Временами громко пел, свистел, перебил всю посуду. Был задержан на улице — беспричинно ударил постового милиционера. Нападал и на других милиционеров. В отделении милиции, куда был доставлен больной, был возбужден, ругался, выкрикивал угрозы в адрес организации и сотрудников.

Психологическое исследование выявило ослабление критики, ненаправленность и вместе с тем инертность суждений, элементы резонерства, соскальзываний и выхолощенности ассоциаций.

У больного К. (инженер) впервые галлюцинации отмечались в 16-летнем возрасте. Далее патологическое изменение личности все усугублялось, возник парафренный синдром. Психологическое исследование выявило у больного грубые нарушения мышления — разноплановость, выхолощенность, непоследовательность суждений, аспонтанность и разорванность ассоциаций, а также некритичность больного, склонность к резонерству. Ранние изменения личности и нарушения мышления были обнаружены у всех исследованных больных. Надо сказать, что степень таких нарушений далеко не всегда стоит в соответствии с уровнем профессии, а также степенью успешности выполнения работы больным. Так, например, у двух вышеописанных больных (профессора, зав. кафедрой и инженера) выявились значительные изменения мышления и личности, в то время как больная Б-на (резчица без разряда) прекрасно справлялась с экспериментальными заданиями, а расстройства мышления выступили лишь при исследовании самооценки, которое проводилось в качестве заключительной беседы. Больная Ш-на, с трудом справляющаяся с работой курьера-машинистки (по существу, значительно лучше исполняющая функции курьера, чем машинистки), обнаруживает значительно менее выраженные изменения лич-

ности и расстройства мышления, чем больные К. и Н. У больного Т. (лифтер-обходчик, с работой справляется успешно) также не обнаруживается столь ярко выраженных изменений, как у двух упомянутых больных.

Из анамнестических данных видно, что больные, работающие в настоящее время на наиболее высоких уровнях профессий (инженеры, редактор, зав. кафедрой), сумели своевременно — до заболевания или на ранних его этапах — получить образование и в дальнейшем все более узко специализировались в определенных областях, в которых сумели достичь высоких результатов. У ряда больных обучение в определенный период заболевания протекало весьма успешно, причем больные могли одновременно кончать несколько вузов, по совершенно не связанным между собой специальностям в различных областях знаний.

Так, больной Н. (уже после первого стационирования) блестяще закончил Киевский горный техникум и университет, биологический и математический факультеты; больная В. после начала заболевания окончила школу с золотой медалью, Институт связи, курсы при Строгановском училище, редакторские курсы, искусствоведческое отделение исторического факультета МГУ. В дальнейшем такие больные (кроме больной В., которая только в 1971 г. закончила исторический факультет) с течением времени все более узко специализировались в определенных областях, где нередко достигали довольно высоких результатов. Так, больной Н. после окончания ряда вузов в дальнейшем работал по специальности геоботаника в НИИ, имел много ценных научных работ. В 1934 г. присвоена степень кандидата медицинских наук, а в 1940 г. — степень доктора биологических наук. С 1941 по 1945 г. участник Великой Отечественной войны. С 1946 по 1956 г. заведовал в институте кафедрой торфяных месторождений. С 1956 г. перешел в другой вуз на кафедру, где работал до конца жизни. К 1966 г. больной имел уже около 200 научных работ. Больная М-ва после окончания техникума с 1954 г. работает в одной лаборатории, сначала техником, а затем и инженером по ремонту аппаратуры. Больной К., закончив РУ и техникум и сменив после этого ряд специальностей, с 1953 г. работает инженером по проверке оборудования, вышедшего из ремонта на заводе, и, несмотря на все нарастающие изменения личности и мышления, до сих пор успешно работает в этой области.

Однако успешность выполняемой работы зависит не только от своевременно достигнутого уровня квалификации. Собственно трудовой процесс нередко оказывается построенным таким образом, что опирается на более сохранные способности или стороны личности больного и происходит как бы "в обход" болезненных сторон, которые, по сути, не играют ведущей роли в данной трудовой деятельности. Так, у ряда больных массивные нарушения мышления обнаруживаются в основном в тех видах деятельности, которые требуют самостоятельных рассуждений. С такими видами деятельности, где способ действия задан в условиях и возможно только одно решение, которое также представлено в условиях и требуется

лишь адекватный выбор, больные успешно справляются. Именно такую структуру имеет профессиональная деятельность этих больных. У других больных оказываются сохранными трудовые установки, а патологически измененные стороны личности (например, ипохондричность) не оказывают на них выраженного влияния.

Однако работоспособность больных часто строится не только "в обход" патологических изменений интеллекта и личности, но таковые изменения могут оказаться непосредственно включенными в трудовую деятельность больного, а иногда и способствовать ее более успешному выполнению. Так, возникшая в результате заболевания склонность к стереотипии у некоторых больных способствует наиболее успешному выполнению монотонной "стереотипной" трудовой деятельности. У больного К. патологические изменения личности (бред самообвинения и стремление искупить "вину" усердной работой) оказываются в основе трудовых установок. У этого же больного болезненно возникшие идеи переделки окружающих вызывают особую придирчивость в поиске ошибок, допущенных другими при ремонте оборудования, чего и требует от него профессия инженера по контролю за качеством такого ремонта. Наряду с этим некритичность больного и грубый неучет им ситуации позволяют ему "преобразовать" для себя насмешливое отношение коллектива в особо почтительное, что соответствует завышенному уровню притязаний больного, и тем самым у него не возникает конфликтов с коллективом.

Часть больных с грубо неадекватным поведением дома и в условиях стационара неожиданно проявляют значительно более упорядоченное поведение на работе, вплоть до того, что сотрудники могут не знать об их психическом заболевании. То есть при наличии всех своих болезненных переживаний больной может как бы занять позицию здорового члена коллектива и действовать в соответствии с установленными нормами поведения.

Так, больной У. тщательно скрывал от сослуживцев полное отсутствие критики к своему состоянию: "Слышу, станок со мной разговаривает, я его — матом, а виду не подаю... Заметят — скажут сумасшедший". Больная Б-ва с грубо неадекватным поведением дома и мучительной "ненавистью" к людям пытается скрыть это свое отношение на работе, стать "незаметнее", выглядеть "как все". В приведенных случаях имеет место то, что в психиатрии называется успешной диссимуляцией. Принятие такой позиции, бесспорно, способствует улучшению трудоспособности больного.

Выводы

1. Некоторые больные шизофренией продолжают успешно работать в различных сферах труда, несмотря на наличие у них выраженных нарушений процесса мышления и патологических измене-

ний личности. В отдельных случаях такие больные способны к весьма сложным видам труда.

2. У ряда больных шизофренией знания или квалификация, приобретенные до заболевания или на ранних этапах, могут сохраняться; и в случае дальнейшей узкой специализации в избранной области больные могут достигнуть высоких результатов.

3. У ряда больных в приспособлении к труду патологические и сохранные свойства личности выступают в своем неизмененном виде. У другой категории больных такое приспособление оказывается возможным вследствие их способности занять в период трудовой деятельности позицию здорового члена коллектива, несмотря на наличие у них патологически измененных сторон личности, которые в данной ситуации не выступают вовне.

4. Трудовой процесс нередко оказывается построенным таким образом, что работоспособность опирается на более сохранные стороны личности больного и компенсация происходит как бы "в обход" болезненных сторон, которые, по сути, не играют ведущей роли в данной трудовой деятельности. Однако работоспособность больных часто строится не только "в обход" патологических изменений личности, но таковые изменения могут оказаться непосредственно включенными в трудовую деятельность больного, а иногда и способствовать ее более успешному выполнению (например, стереотипизация).

И.И. Кожуховская

КРИТИЧНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ*

Нарушение критичности является наиболее актуальным среди всех видов психических нарушений. При решении ряда практических задач психиатрической клиники этот вид нарушений приобретает особое значение. Клиницисты отмечают проявление нарушения критичности в разной степени и в разном виде у больных различной нозологии. Так, например, для больных прогрессивным параличом весьма характерно снижение критики и особенно самокритики. Больные с так называемым "лобным синдромом" никакой критики к своему состоянию не обнаруживают. При старческом слабоумии сознание своей болезни у больных отсутствует, они считают себя полноценными. Больные инволюционной меланхолией, как отмечают клиницисты, сознают свое болезненное состояние и даже преувеличивают его. У больных шизофренией отмечаются снижение критики к своему состоянию или отсутствие критики к

---

* См.: Тезисы докладов конференции "Проблемы патопсихологии". М., 1972. (*Прим.* Работа выполнена под руководством Б.В. Зейгарник.)

своим нелепым высказываниям и своему поведению. Больные маниакально-депрессивным психозом отличаются недостаточной критичностью к своему состоянию, а иногда полным отсутствием ее. С другой стороны, при улучшении психического состояния больных, а также при оценке степени их психического снижения в первую очередь обращается внимание на появление критического отношения. Таким образом, критичность является одним из наиболее важных критериев психического состояния больных. Многие психиатры в своих работах также уделяли особое внимание критичности (В.А. Гиляровский, М.О. Гуревич и М.Я. Серейский, С.С. Корсаков, Г.Е. Сухарева и др.).

Вместе с тем это понятие остается недостаточно дифференцированным. Обращает на себя внимание разнообразие содержания понятия "критичность". До сих пор нет точного определения критичности, хотя многие авторы используют этот термин.

Кроме практической стороны вопросы критичности имеют важное теоретическое значение как для общей психологии, так и для психиатрии. В психологии этот вопрос изучен в гораздо большей степени и представлен в разных направлениях. С.Л. Рубинштейн указывал, что "проверка, критика, контроль характеризуют мышление как сознательный процесс", что "возможность осознать свою ошибку является привилегией мысли как сознательного процесса". Б.М. Теплов считает критичность одним из главных качеств ума, понимая под критичностью "умение строго оценивать работу мысли, тщательно взвешивать все доводы за и против намечающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке". При сравнительном анализе теоретического и практического мышления Б.М. Теплов, говоря о связи этих видов мышления с практикой, существенное значение придает возможности критически оценивать ситуацию, обладать "высокой критичностью мысли". Специальное исследование критичности и самооценки в учебной деятельности проведено А.И. Липкиной и Л.А. Рыбак.

В области патопсихологии вопросы критичности мышления разработаны Б.В. Зейгарник. Особому исследованию анализа механизма критичности посвящена глава ее монографии. Б.В. Зейгарник изучаются также вопросы критичности как фактора личностной сохранности. Рассматривая критичность в структуре психической деятельности, Б.В. Зейгарник считает этот показатель доминирующим, который наряду с другими показателями характеризует сохранность личностно-мотивационной сферы человека. Снижение критичности больных с "лобным синдромом", затрудненность процесса сопоставления полученных результатов с заданными условиями задачи, а также попытка обучения этих больных решению задач с целью обеспечения контроля за своими действиями и вы-

сказываниями описаны в исследовании А.Р. Лурия и Л.С. Цветковой. Вопросы критического отношения к себе как к личности, к восприятию себя как личности рассмотрены в исследовании, посвященном восстановлению трудоспособности после военных травм мозга, проведенном С.Я. Рубинштейн. Автор показывает, что у больных с "лобным синдромом" в связи с отсутствием личностного отношения к своей деятельности и критического отношения к себе не удавалось сформировать производственного навыка обучить больных трудовым процессам. В работах С.Я. Рубинштейн, В.В. Николаевой и других авторов рассмотрены вопросы критического отношения к своей болезни.

Однако если попытаться систематизировать все имеющиеся данные, то оказывается, что во всех этих как психологических, так и психиатрических работах представление о критичности не является однозначным. Тем не менее понятие критичности может быть рассмотрено по некоторым определенным аспектам. Первый из них — *критичность к своим суждениям, действиям и высказываниям*. Этот вид критичности является существенной характеристикой мышления. Второй аспект — *критичность к себе, к оценке своей личности*. Здесь представление о критичности приобретает более глубокий, личностной смысл — понимание больным своего места и своей роли в жизни, своих достоинств и недостатков. Третий аспект — *критичность к своим психопатологическим переживаниям* (к галлюцинациям, к бреду, к иным психотическим переживаниям). Этот вид критичности рассматривается часто в психиатрии как критерий выздоровления.

Рассмотрим выделенные нами аспекты более подробно.

Из всех вышеназванных видов критичности наиболее разработан и представлен в настоящее время вопрос о критичности мышления психически больных, который описан Б.В. Зейгарник. Полученный при исследовании психически больных большой экспериментальный материал был подвергнут психологическому анализу, в результате которого Б.В. Зейгарник пришла к выводу, что действия больных не контролируются мышлением, не являются подчиненными личностным целям. Хотя у исследованных больных отсутствовали острые психотические симптомы и внешне они могли произвести впечатление более или менее сохранных людей, при более тщательном наблюдении и особенно при экспериментально-психологическом исследовании оказывалось, что действия больных отличались неадекватностью. При доступности многих умственных задач, "деятельность больных характеризовалась отсутствием самоконтроля и безразличным отношением к тому, что они делали". Как отмечает автор, "их небрежность, беззаботность, безответственность возникали именно как проявление их глубокого личностного изменения", т.е. под некритичностью мышления Б.В. Зейгарник пони-

мает выраженную перестройку личностных особенностей, приводящую к отсутствию осознанной мотивации и невозможности вызвать установку на адекватное отношение к окружающей среде.

Другой вид критичности — критичность к оценке своей личности, где имеется в виду понимание больным своего места и своей роли в ситуации, своих возможностей, своих достоинств и недостатков, самооценка больных, — частично исследован рядом психологов. Л.С. Выготский описывает характерный для дебила феномен Де-Греефе, который представляет собой симптом повышенной самооценки, отсутствия критического отношения к своей личности. Л.С. Выготский находит этот факт чрезвычайно интересным в истории развития и структуре личности больного. Развитие самооценки, а также ее роль в формировании личности изучались Л.И. Божович, М.С. Неймарк, Е.А. Серебряковой и др. Авторы приходят к выводу, что отношение к своим успехам связано с оценкой своих возможностей, что уже в школьном возрасте дети ориентируются на самооценку, т.е. появление устойчивой самооценки является важнейшим фактором развития.

Конечно, оба эти вида критичности неразрывно связаны, но все же они служат предметом отдельного исследования.

Третий вид критичности, который рассматривается часто в психиатрии как критерий выздоровления, это критичность к своим психопатологическим проявлениям (к бреду, к галлюцинациям и т.д.). К сожалению, этот вид критичности чаще описывается психиатрами в историях болезни, чем в учебных пособиях или монографиях. Здесь представляет интерес исследование постепенного угасания критичности к возникающим бредовым идеям, исследование формирования критического отношения при резидуальном бреде, исследование полного восстановления критичности. Представляет интерес также исследование сохранности критики, понимание болезненности овладевающих представлений при навязчивостях, фобиях и при совершении больным ритуалов, изменение критического отношения к возникающим видениям в период ясного сознания и т.п. Особый интерес представляет исследование критического отношения больных к перенесенным психозам, депрессиям.

Таким образом, в настоящее время выявляется недифференцированность, неопределенность понятия "критичность" как в психиатрической, так и психологической литературе. Понятие "критичность" нуждается в систематизации.

В нашей работе была предпринята попытка систематизации понятия критичности по результатам анализа имеющихся данных. Нарушение критичности, связанное с измененным личностным отношением психически больных к действительности, исследовалось по трем аспектам: а) критичность к своим суждениям, действиям и

высказываниям; б) критичность к себе, к оценке своей личности; в) критичность к своим психопатологическим переживаниям.

Для изучения критичности мышления мы используем обычные методики, применяемые при исследовании в патопсихологических лабораториях с таким видоизменением их, которое позволяет изучать отношение больных к своим ошибкам. Особенностью нашей работы является фиксирование типов отношения больных к допущенным ими ошибкам. Так, например, при проведении методики "Классификация предметов" больной может допустить банальные ошибки, свидетельствующие о конкретности его мышления (допустим, положить карточку с изображением человека с карточкой, на которой нарисована одежда). Сама по себе эта ошибка свидетельствует о конкретности мышления, которая у малообразованного человека не может быть рассмотрена как патология. Однако если экспериментатор прямо указывает на ошибку, объясняя, что одежда относится к группе одежды, а человек относится к группе людей, то такого рода больной в состоянии исправить эту ошибку хотя бы потому, что он предполагает, что экспериментатор знает больше больного. Если же больной спорит с экспериментатором, не соглашается исправить свою ошибку, то помимо конкретности суждений выступает уже и некритичность мышления. Другой пример. Если больной складывает куб Линка с ошибками, то это расценивается как проявление его невнимательности. Но если он сдает работу экспериментатору, выполнив так, что перед больным грубо выступает ошибка (кубик другого цвета), то это уже не только невнимательность, но и проявление некритичности. В некоторых методиках (например, простые и сложные аналогии) особенно ярко выступают ошибки больных, связанные с их убежденностью в правоте, с собственным взглядом на вещи. Эти ошибки больные иногда исправляют после дискуссий с экспериментатором. В некоторых случаях дискуссии оказывается недостаточно, больные не поддаются коррекции.

Таким образом, при исследовании наблюдается градация отношений больных к своим ошибкам: одни больные сами исправляют допущенные ошибки, другие — только после сомнений экспериментатора, после наводящих вопросов, а третьи отстаивают свою правоту, но после беседы с экспериментатором все же исправляют допущенные ошибки.

Для исследования критичности к себе, к оценке своей личности мы используем такие методики, как "Исследование уровня притязаний", измененный вариант методики Т.В. Дембо, описанный С.Я. Рубинштейн, а также оценку самими больными своего характера (в письменном виде). Полученные данные по этому виду критичности в дальнейшем сопоставляются с объективными данными. Так, например, больной игнорирует тот факт, что снят с работы, посколь-

ку не справлялся с ней. Он обнаруживает очень высокую самооценку, повышенный уровень притязаний при выполнении экспериментальных заданий, хотя объективно мог бы заметить свою несостоятельность.

Для исследования критичности больных к своим психопатологическим переживаниям мы производим анализ историй болезни, изучение дневников, катамнезов, характеристик больными своего состояния (в письменном виде), а затем дальнейшее сопоставление этих данных. При оценке динамики перенесенных ранее психотических переживаний вызывают трудности диссимуляции больных. При помощи различных экспериментальных приемов иногда удается отграничить, где возникает полная критика, а где имеется тенденция к диссимуляции. Сам по себе факт диссимуляции содержит некоторые элементы критичности, но, конечно, не является свидетельством полной критики. Однако по сравнению с полной некритичностью диссимуляция свидетельствует о каких-то элементах критики.

Полученные предварительные экспериментальные данные свидетельствуют о сложности структуры критичности, о частичном несовпадении, а иногда, наоборот, перекрещивании отдельных компонентов. Поэтому экспериментально-психологическое исследование представляется продуктивным для теории и практики психологии и психиатрии.

Б.В. Зейгарник

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ*

Нарушения сознания относятся к наименее разработанным вопросам.

Понятие сознания в психиатрии не совпадает с его философским и психологическим содержанием. Оно является скорее "рабочим". Ведущий современный психиатр А.В. Снежневский говорит, что "если подходить к сознанию в философском смысле, то мы, естественно, должны сказать, что при всяком психическом заболевании высшая форма отражения мира в нашем мозге нарушается". Поэтому клиницисты пользуются условным термином нарушения сознания, имея в виду особые формы его расстройства.

Вслед за К. Ясперсом в качестве критериев помраченного сознания берутся:

1) дезориентировка во времени, месте, ситуации;
2) отсутствие отчетливого восприятия окружающего;
3) разные степени бессвязности мышления;

---

* См.: *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М., 1986.

4) затруднение воспоминаний происходящих событий и субъективных болезненных явлений.

Для определения состояния помраченного сознания решающее значение имеет установление совокупности всех вышеперечисленных признаков. Наличие одного или нескольких признаков не может свидетельствовать о помрачении сознания.

В психиатрии различают разные формы нарушения сознания*.

Оглушенное состояние сознания. Одним из наиболее распространенных синдромов нарушения сознания является синдром оглушенности, который чаще всего встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах.

Оглушенное состояние сознания характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы "спросонок", сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Состояние оглушения сознания длится от нескольких минут до нескольких часов.

Делириозное помрачение сознания. Это состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезоринтировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. В отличие от больных, находящихся в оглушенном состоянии сознания, больные в делирии говорливы. При нарастании делирия обманы чувств становятся сценоподобными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение лица становится то тревожным, то радостным, мимика выражает то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные становятся возбужденными. Как правило, ночью делириозное состояние усиливается. Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.

Онейроидное (сновидное) состояние сознания (впервые описанное Майер-Гроссом) характеризуется причудливой смесью от-

---

* Хотя в основном мы не используем концептуальный аппарат психиатрии, однако для некоторых разделов (в частности сознания) его следует осветить.

ражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера. Больные "совершают" межпланетные путешествия, "оказываются среди жителей Марса". Нередко встречается фантастика с характером громадности: больные присутствуют "при гибели города", видят, "как рушатся здания", "проваливается метро", "раскалывается земной шар, распадается и носится кусками в космическом пространстве".

Иногда у больного приостанавливается фантазирование, но затем незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел.

Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач. Обнаруживается сосуществование реального и фантастического. К. Ясперс, описывая подобное состояние сознания, говорил о том, что отдельные события реальной ситуации заслоняются фантастическими фрагментами, что онейроидное сознание характеризуется глубоким расстройством самосознания. Больные оказываются не только дезориентированы, но у них отмечается фантастическая интерпретация окружающего.

Если при делирии происходит воспроизведение некоторых элементов, отдельных фрагментов реальных событий, то при онейроиде больные ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, они вспоминают иногда лишь содержание своих грез.

Сумеречное состояние сознания. Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзисторным, т.е. преходящим.

Приступ сумеречного состояния кончается критически, нередко с последующим глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют. Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий. Например, если в поле зрения такого больного попадает нож, больной начинает совершать привычное с ним действие — резать, независимо от того, находится ли перед ним хлеб, бумага или человеческая рука. Нередко при сумеречном состоянии сознания имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки.

Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций, носит название амбулаторного автоматизма (непроизвольное блуждание). Страдающие этим расстройством больные, выйдя из дому с определенной целью, вдруг неожи-

данно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города. Во время этого бессознательного путешествия они механически переходят улицы, едут в транспорте и производят впечатление погруженных в свои мысли людей.

Сумеречное состояние сознания длится иногда чрезвычайно короткое время и носит название absence (отсутствие — франц.).

Псевдодеменция. Разновидностью сумеречного состояния сознания является псевдодеменция. Она может возникнуть при тяжелых деструктивных изменениях в центральной нервной системе и при реактивных состояниях и характеризуется остро наступающими расстройствами суждения, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Больные забывают название предметов, дезориентированы, с трудом воспринимают внешние раздражители. Образование новых связей затруднено, временами можно отметить иллюзорные обманы восприятия, нестойкие галлюцинации с двигательным беспокойством.

Больные апатичны, благодушны, эмоциональные проявления скудны, недифференцированы. Поведение нередко напоминает нарочито детское. Так, взрослый больной при вопросе, сколько у него пальцев на ногах, снимает носки, чтобы сосчитать их.

Мы остановились лишь на некоторых формах нарушения сознания. В действительности же их проявления в клинике значительно разнообразнее, но нам важно было познакомить читателя с теми понятиями, в которых нарушения сознания интерпретируются и описываются в клинике.

Наряду с различными формами нарушения сознания как отражения окружающей действительности в клинике встречается своеобразная форма нарушения самопознавания — деперсонализация.

Деперсонализация характеризуется чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего "Я", которые воспринимаются как бы со стороны. Частым проявлением деперсонализации является нарушение "схемы тела" — нарушение отражения в сознании основных качеств и способов функционирования собственного тела, его отдельных частей и органов. Подобные нарушения, получившие название "дисморфобии", могут возникать при разных заболеваниях — при эпилепсии, шизофрении, после черепно-мозговых травм и др.

Синдром дисморфобии подробно описан многими психиатрами, начиная с работ итальянского психиатра Морзели (Morseli, 1836—1894). Больные с подобным синдромом считают, что у них "некрасивый нос, оттопыренные уши, от них плохо пахнет". Больные стремятся принять меры по устранению "мешающего недостатка", настаивают на оперативном вмешательстве, они часами стоят перед зеркалом (симптом зеркала), постоянно себя разглядывают.

Особенно подробно описан этот синдром в работах М.В. Коркиной, которая пишет, что этот синдром можно рассматривать как триаду, состоящую: а) из идеи о физическом недостатке с активным стремлением от него избавиться; б) идеи отношений и в) пониженного настроения.

Выраженное, навязчивое или бредовое стремление больных исправить мнимый недостаток дало основание автору говорить о дисморфомании. Речь идет не о расхождении между содержательным отражением идеального представления о внешнем облике "Я" и настоящим, а о неприятии себя, т.е. о неосознаваемом неприятии.

В работе Б.В. Ничипорова, посвященной этой проблеме, показано, что синдром дисморфобии связан с низкой самооценкой. Подобные больные избегают общества, уединяются, нередко переживание своего мнимого уродства столь сильно, что может стать причиной суицидальных попыток. При этом их самооценка опирается не на содержательность представления об идеальном образе внешнего "Я", а на неприятие своего физического "Я".

Мы привели эти клинические данные, чтобы показать, что патологическое изменение психики, ее самосознания осуществляется, как и нормальное развитие, в онтогенезе, в практической деятельности субъекта, в перестройке его реальных взаимоотношений — в данном случае под влиянием развивающейся в ходе самовосприятия бредовой интерпретации своего состояния, затрагивающей место человека среди других людей.

Так, И.И. Чеснокова пишет, что материал клинических наблюдений расстройств самосознания, выражающийся в основном в синдроме деперсонализации, является фактическим обоснованием теоретических положений о самосознании как центральном "образующем" личности, связывающим воедино отдельные ее проявления и особенности.

СОДЕРЖАНИЕ